

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THESE

N° 16

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

ANDRÉ LEMARINIER

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Interne de l'Hôpital de Versailles

Né à Brecy (Calvados), le 28 Février 1904

LES SUITES OPÉRATOIRES

APRÈS

NÉPHRECTOMIE

POUR

TUBERCULOSE RÉNALE

Président : M. F. LEGUEU, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1931

TH ESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ANNÉE 1931

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

ANDRÉ LEMARINIER

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Interne de l'Hôpital de Versailles

Né à Brecy (Calvados), le 28 Février 1904

LES SUITES OPÉRATOIRES

APRÈS

NÉPHRECTOMIE

POUR

TUBERCULOSE RÉNALE

Président : M. F. LEGUEU, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1931

LE DOYEN. . . . M. BALTHAZARD.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale.	N...
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LœPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZAR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.	NCBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.	DELbet.
	HARTMANN.
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique.	GOSSET.
Clinique urologique.	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et psychiatrie.
 AUBERTIN. Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri). Pathologie médicale.
 BINET. Physiologie.
 BLANCHETIÈRE. Chimie biologique.
 BROCO. Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ. Pathologie médicale.
 CADENAT. Pathologie chirurgicale.
 CATHALA. Pathologie médicale.
 CHABROL. Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DOGNON. Physique.
 DONZELOT. Pathologie médicale.
 ÉCALLE. Obstétrique.
 FEY. Urologie.
 GARNIER. Pathologie expérimentale.
 GASTINEL. Bactériologie.
 GATELLIER. Pathologie chirurgicale.
 GIROUD. Histologie.
 HARVIER. Pathologie médicale.
 HOVELACQUE. Anatomie.
 HUTINEL. Pathologie médicale.
 JOANNON. Hygiène.
 JOYEUX. Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
 LEMAITRE. Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX. Anatomie pathologique.
 LEVEUF. Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MERCIER (Fern.) Pharmacologie.
 MILLOT. Histologie.
 MONDOR. Pathologie chirurgicale.
 MOREAU. Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE. Pathologie chirurgicale.
 MULON. Histologie.
 OBERLING. Anatomie pathologique.
 OLIVIER. Anatomie.
 PIÉDELIEVRE. Médecine légale.
 PORTES. Obstétrique.
 QUÉNU. Pathologie chirurgicale.
 RICHEL. Physiologie.
 SÉZARY. Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique.
 VELTER. Ophtalmologie.
 VERNE. Histologie.
 VIGNES. Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET. Pharmacologie.
 GUÉNIOT. Obstétrique.
 LEQUEUX. Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 RETTERER. Histologie.
 ZIMMERN. Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL.	Clinique obstétricale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.
CHEVASSU.	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT.	Clinique chirurgicale.
LIGNEL-LAVASTINE.	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LE LORIER.	Clinique obstétricale.	SCHWARTZ.	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MA MÈRE

A MON PÈRE

*Faible témoignage de mon affection
et de ma profonde reconnaissance.*

A MON FRÈRE

En signe de vive affection.

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LEGUEU

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES

DES VOIES URINAIRES

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL NECKER

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*En remerciement du grand honneur
qu'il nous a fait en acceptant de
présider notre thèse.*

Gage de profond respect.

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE CAEN

A MM. LES DOCTEURS GUIBÉ, MORICE, OSMONT,
LECORNU, DESBOUIS, VIGOT, LAMBERT,
COLIN.

*En souvenir de leur bienveillance et
de leur enseignement.
Gage de respectueux souvenir.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX
DE VERSAILLES

A MM. LES DOCTEURS BRUNEL, FRANÇOIS,
SODERLINDH

*Qui nous ont toujours témoigné la
plus grande bienveillance pendant
notre internat dans leurs services.
Gage de respectueuse reconnaissance
et de profonde gratitude.*

A M. LE DOCTEUR ANDRÉ MORICE

PROFESSEUR SUPPLÉANT DE CLINIQUE CHIRURGICALE
A L'ECOLE DE MÉDECINE DE CAEN

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse. Témoignage de respectueux
dévouement et de reconnaissance
pour l'affectueuse bienveillance
dont il nous a toujours honoré.*

Avant-Propos

Au début de nos études médicales, nous eûmes l'heureuse chance, pendant notre internat à l'hôpital de Caen, d'assister M. le Docteur Morice dans ses opérations tant à l'hôpital que dans sa propre clientèle. Nous avons été particulièrement frappé par les améliorations rapides obtenues sur les malades opérés pour tuberculose rénale, et cela d'autant plus que nous avons pu les suivre et même les soigner pendant plusieurs mois après leur opération.

Depuis, nous avons toujours porté un grand intérêt aux publications relatives à la néphrectomie pour tuberculose rénale et au traitement des complications possibles.

Nous avons, en effet, depuis longtemps, l'idée d'y consacrer notre thèse, mais grande fut notre déception lorsque nous reconnûmes que tout avait été dit sur ce sujet.

Nous fîmes part de nos sentiments à notre cher maître qui nous réconforta en nous offrant gracieusement les observations de ses néphrectomies pour tuberculose rénale faites depuis 5 ans, et en nous prodiguant ses précieux conseils.

Aussi, nous sommes très heureux de pouvoir manifester ici, à M. le Docteur Morice, l'expression de notre profonde gratitude pour l'extrême bienveillance dont il nous a toujours honoré en maintes circonstances, ainsi que pour les heureuses directives dont il nous a comblé, et qui nous ont été d'un très grand secours.

Voici le plan que nous avons suivi dans ce modeste travail :

Après quelques mots d'historique, nous publierons 28 observations inédites et nous insisterons sur la valeur des résultats immédiats et des résultats éloignés. Nous retiendrons simplement l'attention sur quelques détails des suites opératoires et sur les complications les plus fréquentes que nous avons pu observer.

Historique

L'histoire de la néphrectomie est celle de la plupart des grandes interventions chirurgicales sur l'abdomen. C'est d'abord avec erreur de diagnostic qu'elle fut pratiquée, et cela par voie abdominale. Ce n'est qu'en 1869 que fut tentée volontairement la première néphrectomie par Simon. Son geste hardi, d'ailleurs couronné de succès, fut répété par Peters en 1872, en Amérique, puis par Brodeur, en France ; mais la néphrectomie n'est entrée dans la pratique chirurgicale courante qu'après 1880. Jusqu'alors, en effet, c'était une opération très grave et meurtrière.

Les travaux de Tuffier et de Guyon, en France, de Kuster et d'Israël, en Allemagne, ont beaucoup contribué à l'amélioration des résultats. Cependant, on trouve encore dans l'édition de 1890 du *Traité de Chirurgie* de Duplay, Reclus et Tuffier, une mortalité de 36,5 % dans les néphrectomies abdominaels, et de 28,2 % dans les néphrectomies lombaires. Il faut attendre les travaux d'Albarran pour que la technique opératoire, magistralement décrite par lui, puisse remporter les succès que

nous connaissons maintenant. Ses publications eurent lieu en 1900. Il prouva que la tuberculose rénale était presque toujours unilatérale au début et que le rein opposé restait sain pendant très longtemps. Il en conclut que plus l'intervention était précoce, plus elle avait de chance de succès. Mais, dans tous les cas, cette intervention ne devait être tentée qu'à la condition indispensable de s'être assuré de l'intégrité et du bon fonctionnement de l'autre rein. Ces renseignements seront fournis par l'examen des urines séparées, au point de vue cyto-bactériologique et au point de vue chimique. Il a, de plus, fourni une technique opératoire précise fixant son choix sur la néphrectomie lombaire, plus facile et moins dangereuse que la néphrectomie abdominale.

Depuis cette époque, nombreuses furent les néphrectomies pour tuberculose du rein, et nombreuses aussi furent les publications.

En particulier, la statistique d'Albarran, présentée dans la thèse de son élève Lorenzo en 1902, celle de Raffin, de Lyon, en 1906, dont les résultats étaient très encourageants, permirent à leurs auteurs de considérer déjà la néphrectomie comme le traitement de choix dans la tuberculose rénale unilatérale.

En 1908, le Docteur Marion pose les indications thérapeutiques dans la tuberculose rénale. La néphrectomie est le traitement de choix en cas d'unilatéralité ; la néphrostomie n'est plus qu'une opé-

ration d'attente, qui doit n'être pratiquée qu'exceptionnellement.

Plus récemment, parurent les importantes statistiques de MM. Legueu et Chevassu présentées en 1912 au Congrès National de la tuberculose à Rome, et celles de MM. Léon Bernard et Heitz-Boyer au Congrès d'urologie de 1912.

René Guillon, élève de M. Heitz-Boyer, y consacra sa thèse, en 1911, ainsi que Bœckel, de Nancy, en 1912.

De nombreuses publications sont parues mettant au point quelques questions de détail sur la technique opératoire ; et en particulier, M. le Docteur Marion, en 1925, a exposé, d'une façon magistrale, les précautions à prendre au moment de l'intervention et les soins à donner pour obtenir la bonne guérison d'une néphrectomie pour tuberculose rénale.

Les résultats des néphrectomies pour tuberculose rénale pratiquées même au cours de la grossesse, ont été si satisfaisants que certains auteurs ont osé envisager la question dans les cas de tuberculose rénale bilatérale. C'est ainsi qu'en 1913, Rousseau, de Paris, consacre sa thèse sur « les interventions dans la tuberculose rénale bilatérale ». C'est ainsi qu'en 1915, Moulinas, de Bordeaux, dans sa thèse « en pose les limites opératoires ».

Depuis, plusieurs interventions ont été tentées et Martinet de Lyon, a pu donner « les résultats tardifs de la néphrectomie dans la tuberculose rénale

bilatérale ». M. le Professeur Legueu, en 1924, met au point la question.

Nombreuses aussi furent les publications sur les suites des néphrectomies pour tuberculose. Nous ne ferons que citer ici, les travaux de M. le Professeur Legueu sur « les périnéphrites suppurées à la suite de la néphrectomie en 1909; la thèse de François, en 1923, sur « les fistules lombaires et leur traitement ». Enfin, nous n'oublierons pas les rapports très intéressants présentés au Congrès d'Urologie en 1924 sur « la vessie des néphrectomisés pour tuberculose ».

Le rapide coup d'œil que nous venons de jeter sur l'histoire de la néphrectomie pour tuberculose rénale, nous permet de voir que toutes les questions ont été longuement étudiées sur le sujet que nous abordons dans notre thèse.

Nous n'avons pas la prétention d'émettre des idées nouvelles, ni surtout de trancher le débat sur des points encore discutés. Notre but sera, en nous appuyant sur les quelques observations inédites que nous présentons, d'apporter notre contribution aux travaux et statistiques déjà publiés, en vue de vanter, en définitive, les résultats splendides obtenus par la néphrectomie dans la tuberculose rénale lorsque les indications opératoires ont été convenablement posées. C'est en effet là toute notre ambition.

Observations

Voici les observations des 28 malades opérés par M. le Docteur Morice depuis 1925 :

OBSERVATION I

(Inédite)

M. M..., âgé de 34 ans, présentait des 1922 des douleurs lombaires et des douleurs à la miction, avec pyurie et hématuries importantes. En mars 1925, il est envoyé pour des crises vésicales très pénibles, envies fréquentes d'uriner et polyurie surtout nocturne (2 litres chaque nuit).

L'état général est très déficient.

La palpation est douloureuse à droite. Rien à gauche.

A l'auscultation des poumons, on ne trouve rien d'anormal à signaler.

CATHÉTÉRISME DES URETÈRES LE 11 AVRIL 1925.

EXAMEN CYTOBACTÉRIOLOGIQUE.

Rein gauche : absence d'éléments cellulaires, absence de B. K.

Rein droit : présence de sang, nombreux polynucléaires, présence de B. K.

EXAMEN FONCTIONNEL

	Rein gauche	Rein droit
Urine secrétée en 70'	36 cc 5	77 cc
Volume en 24 h.	735 cc	1540 cc
Urée par litre	7 gr. 01	1 gr. 92
Urée par 24 h.	5 gr. 15	2 gr. 96

Constante d'Ambard : $K = 0,09$.

Le 17 avril 1925, on fait une néphrectomie droite, assez difficile à cause de nombreuses adhérences au niveau du pôle supérieur du rein.

A la coupe, on trouve plusieurs cavernes tuberculeuses.

Le 2^e jour après l'opération, le malade monte le soir à 40°, cependant les urines émises sont de 1 litre. La température retombe en lysis les jours suivants et revient à 37°, le 5^e jour.

Le 8 mai 1925, le malade sort en bonne voie de guérison.

La plaie s'est cicatrisée rapidement ; il reste une petite fistule dans laquelle on laisse fondre un morceau de crayon de nitrate d'argent : la plaie est complètement fermée, le 30 mai 1925.

Le 29 août 1927, le malade revient consulter pour des douleurs lombaires ; il présente aussi de la pollakiurie et de la pyurie. L'examen des urines révèle la présence de colibacilles, pas de B. K.

Cette pyélonéphrite cède au traitement institué, qui consistait en lavages du bassinets avec une solution de nitrate d'argent à 1/1.000 avec un traitement désinfectant et évacuateur de l'intestin. En mars 1929, le malade revient consulter, car les urines sont redevenues troubles ; la pollakiurie persiste. Le malade est souvent constipé. Les urines contiennent encore des colibacilles. On fait quelques lavages du bassinets au nitrate d'argent, puis 15 injections d'auto-vaccin.

Ce malade a été revu en février 1930, il urine encore 2 fois par nuit et dans la journée, toutes les 2 heures environ. Les

urines sont encore quelquefois troubles ; elles contiennent toujours des colibacilles. L'état général est cependant satisfaisant, le malade a gagné 5 kilogs en 4 ans, il pèse 73 kilogs. Les douleurs ont à peu près disparu. Les urines sont encore légèrement troubles, mais on n'a pas trouvé de bactéries. La T. A. est de 13,5-9. Le malade n'a jamais mal à la tête, et ne se plaint pas de vertiges ni de crampes.

OBSERVATION II

(Inédite)

Mme R... Jeanne, 20 ans, souffre depuis 3 mois de douleurs dans le bas ventre. Les mictions sont douloureuses, les urines sont troubles ; il n'y a pas eu d'hématurie. Depuis 6 mois environ, elle souffrait dans les reins. L'état général est assez satisfaisant, bien que la malade accuse avoir perdu 2 kilogs depuis 5 mois.

A l'examen, on trouve une douleur exquise et fixe à la palpation du rein gauche. Ce dernier paraît augmenté de volume. Rien à droite.

Le toucher vaginal et l'examen au spéculum révèlent des lésions métritiques.

Rien aux poumons à l'auscultation ni à la radio.

Un examen d'urine annonce la présence de B. K.

Le cathétérisme, trop douloureux, ne peut être fait ; on prescrit alors (31 mai 1925) :

Des lavages de vessie au protargol ;

Des instillations vésicales d'huile goménolée ;

Des tamponnements vaginaux à l'ichtyol.

Le 20 juin 1925, on décide à nouveau d'essayer de cathétériser les urètres. L'examen cystoscopique nous montre une muqueuse vésicale rouge, sans ulcérations tuberculeuses.

L'orifice urétéral gauche est œdématié.

EXAMEN CYTO-BACTÉRIOLOGIQUE.

Rein gauche : Présence de B. K. Nombreux éléments cellulaires.

Rein droit : Quelques polynucléaires. Absence de bactéries.

EXAMEN FONCTIONNEL.

	Volum : d'urine		Urée	
	par heure	par 24 h.	par litre	par 24 h.
Rein gauche :	0 l. 053	1 l. 272	12 g. 81	16 g. 294
Rein droit :	0 l. 036	0 l. 864	23 g. 69	20 g. 468
Constante d'Ambard :	K = 0,081.			

Le 29 juin 1925, néphrectomie gauche. Le rein est légèrement adhérent, un peu augmenté de volume. A la coupe, on trouve deux cavernes dans la zone médullaire.

Les suites opératoires sont normales. La malade urine le lendemain 750 cc., la température est de 38° le matin, 38,5 le soir. Les jours suivants, la T. tombe à 37° et la quantité d'urine émise augmente progressivement.

La malade sort en bonne voie de guérison le 25 juillet 1925.

Il persiste une petite fistule qui s'est refermée au début de septembre, soit 2 mois après l'opération. A cette époque, la pollakiurie existe encore, les urines sont encore un peu troubles et contiennent quelques B. K.

Revue le 15 novembre 1925, la pollakiurie a disparu ; les urines sont claires et non albumineuses, elles ne contiennent plus de B. K. Depuis, les examens d'urine ont toujours été négatifs. La malade a eu une petite fille en 1927. La grossesse et l'accouchement se sont passés normalement, sans incident. Le dernier examen date du 25 février 1930. L'état général est très satisfaisant, la malade a engraisé de 7 kilogs depuis l'opération. Les troubles urinaires ont complètement disparu ; les urines sont claires et stériles. La tension artérielle est de 13-7 1/2.

OBSERVATION III

(Inédite)

Mlle M... Julia, 16 ans 1/2, demeurant à Trouville-s-Mer, est envoyée le 17 juin 1925 par son médecin pour incontinence nocturne d'urine et pyurie. Elle n'a pas eu d'hématurie, pas de pollakiurie diurne, elle ne se plaint pas de douleurs. La palpation de la région rénale droite est légèrement douloureuse cependant, mais on ne sent pas le rein à la palpation bimanuelle. A gauche, on ne trouve rien à la palpation.

A l'auscultation des poumons, on trouve que la respiration est normale, on n'entend aucun bruit suspect.

Un cathétérisme urétéral est fait le 26 juin 1925, dont voici le résultat :

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE :

Rein gauche : Rien à signaler.

Rein droit : Présence de nombreux éléments cellulaires et de bacilles tuberculeux.

EXAMEN FONCTIONNEL :

Volume d'urine		Urée	
par heure	par 24 h.	par litre	par 24 h.
Rein droit :	0 l. 013	0 l. 312	1 g. 152
Rein gauche :	0 l. 050	1 l. 200	15 g. 88
			16 g. 510

Le 2 juillet 1925, on décide d'intervenir. On fait une néphrectomie droite, et l'on trouve un gros rein, très adhérent de toute part, difficile à extirper. L'urètre est de la dimension du pouce.

A la coupe, on trouve une tuberculose ulcéro-caséeuse du rein avec de très nombreuses cavernes.

Les suites opératoires sont excellentes. Les drains sont élevés le 5^e jour et la plaie s'est refermée sans aucune fistule.

La malade est sortie le 16 juillet 1925 ; la cicatrisation était presque complète ; l'état général fortement amélioré.

Les urines étaient redevenues claires ; à l'examen bactériologique, qui a été refait plusieurs fois, on n'a plus trouvé de B. K. Le 27 juillet 1925, la malade a été revue. Les urines étaient claires ; la malade urinait encore 4 fois par jour, mais très rarement la nuit.

Localement, on trouve un point bourgeonnant au niveau de l'emplacement du drain inférieur, et qui, brûlé au nitrate d'argent, n'a plus reparu.

La vessie n'est pas douloureuse.

La malade a été perdue de vue depuis ce temps. Elle n'est pas revenue à la consultation cette année, comme nous lui en avions exprimé le désir. Cependant, elle nous a donné de ses nouvelles par lettre nous disant qu'elle se portait très bien ; qu'elle ne souffrait plus du tout.

OBSERVATION IV

(Inédite)

Mlle L..., institutrice, âgée de 35 ans, vient consulter le 30 mai 1925, envoyée par son beau-frère, le Dr P..., pour amaigrissement, pollakiurie et urines troubles. Cette malade avait eu une hématurie précédemment. Ces troubles semblent remonter à 6 mois environ.

L'état général est assez satisfaisant. A la palpation des reins, on ne trouve rien de net ; une petite douleur seulement à droite. A l'auscultation des poumons, on ne trouve rien d'anormal à signaler.

On fait un cathétérisme des urètres le 15 juin 1925. La muqueuse vésicale est un peu rouge, mais on ne trouve pas d'ulcérations tuberculeuses.

L'examen des urines séparées dénote un bon fonctionnement du rein gauche qui est sain. Du côté droit, on trouve de nombreux B. K.

Le 4 juillet 1925, on fait une néphrectomie droite, le rein est un peu augmenté de volume et très adhérent au niveau du pôle supérieur. Il contient deux cavernes tuberculeuses, grosses chacune comme une noix et remplies de pus.

Les suites opératoires immédiates sont bonnes, la plaie se cicatrise normalement ; les douleurs disparaissent presque complètement. La malade sort en bonne voie de guérison le 27 juillet 1925.

Revue deux mois après, la plaie est complètement cicatrisée ; mais la pollakiurie persiste ; les urines sont encore troubles ; on trouve quelques B. K.

Le 6 décembre 1925, la malade revient consulter pour sa pollakiurie nocturne ; la malade urine 4 à 5 fois la nuit. Cependant, les urines sont claires, stériles, et ne contiennent pas d'albumine. L'état général est très satisfaisant. La malade a repris 4 kilogs depuis son opération. Depuis, les urines sont toujours claires, et ne contiennent aucun microbe. La pollakiurie a persisté encore pendant quelques mois ; elle est disparue à peu près complètement en mars 1926.

Nous avons revu cette malade le 20 mars 1930. Son état général est très bon. Elle a repris son métier d'institutrice depuis plus de 3 ans et elle ne souffre plus du tout.

OBSERVATION V

(Inédite)

Mme M... Blanche, 46 ans, demeurant à Mézidon, souffre depuis 4 ans de douleurs abdominales et de douleurs à la miction. Elle a des envies fréquentes d'uriner ; toutes les demi-heures dans la journée. La nuit, elle se lève 5 ou 6 fois pour uriner. Les urines sont très troubles.

A la palpation, on ne trouve rien de net ; la malade se plaint de douleurs intenses des deux côtés, dans la région

rénale postérieure. Les reins ne sont pas palpables à la palpation bimanuelle.

Examen des poumons. Rien d'anormal à signaler.

Le cathétérisme des urétéres, fait le 25 juin 1925, donne les résultats suivants :

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE :

Rein droit : Leucocytes polynucléaires. Présence de B. K.

Rein gauche : Absence de B. K. et d'éléments cellulaires.

EXAMEN FONCTIONNEL :

	Volume d'urine		Urée	
	par heure	par 24 h.	par litre	par 24 h.
Rein droit	: 0 l. 048	1 l. 152	5 g. 12	5 g. 898
Rein gauche	: 0 l. 0588	1 l. 411	8 g. 07	9 g. 211

Volume d'urine total des 24 heures : 2 l. 563.

Débit uréique des 24 heures : 15 g. 109.

Constante d'Ambard : $K = 0,055$.

Le 4 juillet 1925, néphrectomie droite (anesthésie générale à l'éther). On trouve de la périnéphrite avec fortes adhérences au pôle supérieur du rein. Urètre gros et œdématié.

A la coupe, on trouve une poche de pus à la face antérieure de l'organe.

Les suites opératoires sont normales. La malade sort de l'hôpital le 25 juillet 1925, en bonne voie de guérison.

La plaie opératoire est complètement refermée le 20 août 1925. Les douleurs abdominales ont disparu très vite. Les douleurs à la miction ont encore persisté pendant plus de 3 mois, avec envies fréquentes d'uriner, toutes les deux heures environ, et 2 ou 3 fois par nuit.

Le 10 décembre 1926, la malade a été revue. L'état général est satisfaisant, les douleurs ont complètement disparu, la malade urine encore 5 à 6 fois par jour, rarement la nuit. Les urines sont claires. A l'examen de laboratoire, on ne trouve plus de leucocytes ni de B. K. Pas d'albumine. L'exa-

men cystoscopique est négatif. Nous avons su, cette année, que la malade a repris ses occupations depuis janvier 1926 ; et que depuis ce temps, elle ne présente plus aucun trouble urinaire. Malheureusement, nous n'avons pas pu la consulter.

OBSERVATION VI

(Inédite)

Mme L., 24 ans, demeurant à Passais la Conception, entre à l'hôpital de Caen le 12 janvier 1925. Depuis plusieurs années, elle éprouve des douleurs dans la région lombaire droite, ses urines déposent. Jamais de polyurie ni pollakiurie, ni hématurie.

La malade se plaint en outre d'avoir maigri et d'avoir des accès fébriles lors de ses crises douloureuses.

La malade est amaigrie, anémiée (rate percutable). Sa température est oscillante entre 37°5 et 38°5.

EXAMEN DE L'APPAREIL URINAIRE. — Pas de points douloureux nets. A la palpation, on sent une tumeur dans la région lombaire droite et dans le flanc droit. Cette tumeur est même visible à jour frisant, au niveau du flanc droit.

CATHÉTÉRISME DES URETÈRE. — Fait le 20 janvier 1925 ; impossible à droite.

Rein gauche : Absence de B. K.

Vessie : Présence de B. K.

A la cystoscopie, on ne trouve pas trace de lésions tuberculeuses. Constante d'Ambard : 0,084.

Le 8 février 1926, on va explorer le rein droit. Anesthésie générale à l'éther. On trouve un rein polykystique très volumineux, ne présentant plus trace de parenchyme. On fait une néphrectomie droite. A l'examen histologique, on trouve des lésions tuberculeuses avec B. K.

Les suites opératoires sont normales, mais les boufs de catguts sont éliminés par la plaie qui suppure abondamment ; on élargit les orifices laissés par les drains et on mèche.

La malade sort en bonne voie de guérison le 3 mars 1925, bien que la plaie ne soit pas refermée.

Elle rentre le 20 mars pour crises de suffocation, battements de cœur. Elle a plusieurs crises semblables le 21 mars survenant 1 heure et demie en général après les repas.

La constante d'Ambard est de $K = 0,084$.

Le 8 mai, le matin elle a des crises douloureuses au niveau du rein gauche avec nausées. Deux autres crises surviennent le lendemain. Pas de température. Les urines sont claires, pas de constipation.

La constante d'Ambard est de 0,091. L'examen des urines au laboratoire est fait le 2 juin 1926, car les urines sont devenues troubles après les crises douloureuses lombaires. Elles contiennent en effet des leucocytes polynucléaires et des colibacilles.

On fait des lavages du bassinnet gauche une fois par semaines avec une solution de nitrate d'Ag. à 1/1.000.

Au mois de novembre 1926, la malade présente des troubles cardiaques par dilatation d'estomac. Elle urine bien, et les urines sont claires. On trouve des colibacilles et toujours des polynucléaires.

Le 28 mars 1927 : Urines toujours légèrement troubles.

T. A. M x 11,5, minima 8,5.

On fait des injections d'auto-vaccin.

9 mars 1928 : L'examen des urines révèle la présence de leucocytes polynucléaires très rares. Absence de bactéries.

Depuis les urines sont claires, la malade ne souffre plus du tout. Elle a été opérée, le 25 janvier 1930, d'appendicite et tout s'est passé normalement.

OBSERVATION VII

(Inédite)

M. L... Firmin, 44 ans, cultivateur, présentait dès 1925 des petits signes de cystite : pollakiurie, pyurie. Peu à peu, ces troubles, légers au début, se sont aggravés ; enfin sont apparues des hématuries terminales. Il nous est adressé en février 1926.

Le 8 février 1926, on fait un examen cystoscopique, mais le sang empêche de voir nettement et on pense à un néo de la vessie, l'examen ds urines n'ayant pas révélé la présence de B. K. Cependant, comme ce malade présente des lésions pulmonaires à droite, le diagnostic est réservé.

La palpation des reins n'est pas douloureuse.

Le 8 mars 1926, on essaie un nouvel examen cystoscopique.

La paroi latérale droite de la vessie présente une masse bourgeonnante, saignant au moindre contact, située en avant et en dehors de l'orifice urétéral droit, qui est œdématisé et irrégulier. Sur la paroi postérieure, en arrière du pli interurétéral, on voit quelques petites ulcérations.

L'orifice urétéral gauche est normal. On peut facilement cathétériser l'urètre gauche, mais le sang empêche de passer une sonde dans l'urétére droit.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE.

Rein gauche : Quelques polynucléaires, Absence de B. K.

Rein droit (Vessie) : Nombreux polynucléaires ; B. K. en très grand nombre.

EXAMEN FONCTIONNEL :

	Rein droit (vessie)	Rein gauche
Urine en 2 h.	51 cc.	32 cc.
Volume calculé en 24 h.	612 cc.	404 cc.
Urée par litre	5 gr. 12	11 gr. 55
Urée en 24 h.	3 gr. 14	4 gr. 67

Le 15 mars 1926, on fait une néphrectomie droite. Le rein est un peu augmenté de volume et très adhérent au niveau du pôle supérieur. Il contient 2 cavernes purulentes.

Les suites opératoires sont normales. La pollakiurie et les douleurs ont diminué considérablement ; les urines sont moins troubles. Le malade sort le 4 avril 1926. La plaie opératoire s'est refermée complètement 2 mois et demi après l'opération.

Revu 6 mois après, en septembre 1926, l'état général, est assez satisfaisant, mais le malade urine encore 6 à 7 fois par nuit et toutes les heures le jour. Les douleurs vésicales sont bien atténuées, mais persistent encore. Enfin, les urines sont troubles et contiennent encore de nombreux B. K.

L'examen cystoscopique montre qu'il existe encore d'importantes lésions tuberculeuses de la vessie.

Le malade, qui avait été perdu de vue, revient à la consultation le 17 mars 1930 pour une ostéite bacillaire ancienne du trochanter gauche, qui s'est réchauffée. L'état général est alors satisfaisant ; cependant les urines sont toujours troubles et contiennent des B. K. La pollakiurie persiste, et les instillations vésicales n'ont pas donné beaucoup d'amélioration.

Les lésions pulmonaires au contraire ont été très influencées par la néphrectomie, et à l'auscultation on constate qu'elles ont tendance à la cicatrisation.

OBSERVATION VIII

(Inédite)

M. Ch. Fernand, 32 ans, débitant à Ouistreham, a été soigné en 1911-1912 pour orchite bacillaire. Il a fait une congestion pulmonaire en 1919 qui a duré 2 mois.

En 1922, il est soigné pour une crise de colique néphrétique.

que avec douleurs vives et hématuries. Pas de pyurie, depuis il a une crise tous les ans. Enfin depuis 4 mois environ, c'est-à-dire depuis janvier 1916, il se plaint de pollakiurie avec hématuries fréquentes, terminales et pyurie. Il a toujours bon appétit, présente de l'embonpoint ; il n'a pas maigri. Il n'est pas constipé, il dort bien ; mais cependant il est obligé de se lever 4 à 5 fois par nuit pour uriner.

Une première cystoscopie est faite le 2 mai 1926 ; mais le sang empêche tout examen.

Le 11 mai 1926, la constante d'Ambard est : $K = 0,081$.

Le 29 mai 1926, on fait un cathétérisme des urétéres :

EXAMEN CYTO-BACTÉRIOLOGIQUE.

Rein gauche : Présence de leucocytes polynucléaires et de bacilles tuberculeux.

Rein droit : Présence de leucocytes polynucléaires, absence de B. K.

EXAMEN FONCTIONNEL :

Rein gauche		Rein droit	
Vol. en 1 h.	20 cc. 5	Vol. en 1 h.	67 cc.
Vol. par 24 h.	492 cc.	Vol. en 24 h.	1608 cc.
Urée par litre	1 gr. 79	Urée par litre	17 gr. 93
Urée par 24 h.	0 gr. 88	Urée par 24 h.	28 gr. 83

Constante d'Ambard : $K = 0,080$.

Le 16 juin 1926, on fait une néphrectomie gauche, difficile à cause de l'embonpoint du malade. Le rein bosselé, très volumineux est entouré d'une gangue sclérolipomateuse qui rend la découverte de l'urètre et du pédicule extrêmement pénible. Une poche sous-capsulaire se crève au premier contact.

A la coupe, le rein est rempli d'une multitude de cavernes purulentes. Le malade fait de la température pendant 3 jours (40°8 le 2° jour), il urine seulement un quart de litre le 2° et le 4° jour, puis ensuite la quantité d'urine varie de 1 l. à 1 l. 3/4. La T. redescend à la normale.

La plaie a mis 8 mois à se cicatriser. L'état général a toujours été satisfaisant, mais les urines sont toujours restées troubles et présentaient des polynucléaires avec des B. K. La pollakiurie persiste, mais les douleurs sont moins fortes.

Le malade présente toujours une orchite bilatérale, qui s'est légèrement améliorée depuis la néphrectomie. En ce moment, il peut vaquer à ses occupations, se trouvant relativement bien, mais le pronostic est un peu assombri du fait de la présence de B. K. dans l'urine. La vessie présente à l'examen cystoscopique quelques ulcérations tuberculeuses typiques.

OBSERVATION IX

(Inédite)

Mme C..., 30 ans, charcutière, demeurant à Caen, se plaint depuis juin 1925 de douleurs en urinant, surtout à la fin de la miction, avec pollakiurie très marquée (toutes les demi-heures) et pyurie. Les signes s'aggravent jusqu'en septembre 1925. Un examen d'urine fait le 23 septembre 1925 révèle la présence de B. K.

En avril 1926, on fait un cathétérisme des urètres. La sonde gauche donne très peu d'urine, bien qu'elle soit perméable. Le résultat est le suivant :

EXAMEN CYTO-BACTÉRIOLOGIQUE :

Rein droit : Présence de colibacilles et de globules rouges.

Rein gauche : Absence d'éléments cellulaires et de bactéries.

EXAMEN FONCTIONNEL :

Rein droit : Vol. : 1 h. 125 CC.

Vol. : 24 h. 3000 CC.

Urée par litre : 6 gr. 40.

Urée par 24 h. : 19 gr. 20.

Un nouveau cathétérisme fait le 7 août 1926 ne donne aucun renseignement précis. Le rein gauche a encore très peu donné.

L'examen fonctionnel du rein droit est recherché. On trouve :

Vol. 1 h. : 100 cc.

Vol. 24 h. : 2400 cc.

Urée : 11 gr. 53 par litre.

Urée : 27 gr. 67 par 24 heures.

Albumine : traces non dosables.

On demande une inoculation au cobaye qui revient positive.

Le 20 août 1926, on fait une néphrectomie gauche, on trouve un rein à peu près complètement détruit. L'examen histologique révèle la présence de lésions tuberculeuses.

Les suites opératoires ont été normales ; les urines se sont éclaircies et le rein droit, dès le premier jour, a donné 1 litre d'urine. La malade est sortie le 12 septembre 1926 en bonne voie de guérison. La plaie s'est cicatrisée en 2 mois et demi. Les douleurs ont disparu à gauche, mais la malade est revenue consulter en octobre 1926 pour douleurs dans le rein droit et douleurs à la miction. Les urines étaient troubles et contenaient des colibacilles. En plus du traitement médical déjà institué, on a fait des lavages du bassin ~~et~~ droit avec la solution de nitrate d'ag. à 1/1000 des injections d'auto-vaccin.

La malade, guérie après 2 mois de traitement, a été revue le 14 novembre 1927. L'état général est excellent ; elle pèse 67 kilogs, elle a donc engraisé de 23 kilogs depuis son opération. Les douleurs vésicales et rénales n'ont plus reparu. Les urines sont claires. Pas de pollakiurie.

Le 30 mai 1929, elle a consulté pour métrite, mais du côté de l'appareil urinaire, tout va bien.

Enfin, à notre dernière consultation, le 19 avril 1930, il n'y avait pas de changement ; nous avons cependant fait faire un examen d'urine qui a donné le résultat suivant :

Rares cellules épithéliales pavimenteuses ;
Absence de polynucléaires et de bactéries.
La malade peut donc être considérée comme guérie.

OBSERVATION X

(Inédite)

Mlle D..., 22 ans, épicière, est entrée à l'hôpital le 14 septembre 1926.

Elle souffre depuis plus de deux ans des reins, par crises, mais depuis 2 mois surtout les crises ont été plus fortes et répétées.

Pas de douleurs vésicales, pas d'hématuries, mais pollakiurie nocturne légère. Les urines ont été troubles quelquefois après les crises ; en général, elles sont claires.

A la palpation, on sent un rein droit très volumineux et très douloureux. Rien à gauche.

Le cathétérisme des urètres est impossible, cependant l'examen des urines a révélé plusieurs fois la présence de B. K.

L'état général est peu satisfaisant ; la malade est très maigre. Le 23 septembre 1926, la température monte à 40° ; la malade est reprise d'une forte crise, avec frissons répétés, suivis de sueurs profuses. Le pouls est à 100-120.

Le 24 septembre 1926, sur les instances de la famille et du médecin, on décide d'intervenir.

Incision lombaire droite : on trouve un rein peu augmenté de volume, mais avec dilatation énorme du bassinet. On fait une néphrectomie.

A la coupe, le rein est farci de tubercules miliaires, le bassinet et les calices sont très dilatés et contiennent un liquide purulent, il s'agit d'une pyohydronéphrose tuberculeuse.

Les douleurs cessent aussitôt après l'intervention, mais la malade est très faible. Les suites opératoires sont normales,

mais la convalescence est très longue. Peu à peu cependant, l'état général se remonte, la malade sort en bonne voie de guérison, 2 mois et demi après l'opération ; la plaie est complètement cicatrisée.

Les urines ne contiennent plus de B. K., mais des colibacilles.

On fait des lavages du bassinnet au nitrate d'argent et du stock vaccin. Le 2 mars 1927, les urines sont claires et stériles. Depuis, les résultats d'examen sont toujours revenus négatifs.

Revue le 24 février 1930, la malade va très bien, l'état général est très satisfaisant ; le poids a augmenté de 10 kilogs depuis l'opération. Mais depuis 1 mois environ, cette malade urine 2 à 3 fois par nuit ; l'examen d'urine révèle la présence de rares entérocoques, sans pus ni albumine. Elle ne souffre pas, mais elle est toujours constipée.

La tension artérielle est de 14-10. On prescrit un traitement désinfectant et évacuateur de l'intestin.

OBSERVATION XI

(Inédite)

Mme L..., 40 ans, couturière, demeurant à Bretteville-s-Odon, entre à l'hôpital de Caen le 28 septembre 1926. Elle souffre dans les reins depuis de nombreuses années (10 ans), en particulier du côté droit.

Pas d'hématurie, un peu de douleur à la fin de la miction. Les urines sont troubles et contiennent des B. K. Pollakiurie (20 fois par jour).

A la palpation : à droite, rein gros et descendu ; à gauche, rien.

CATHÉTÉRISME DES URÉTÈRES fait le 28 septembre 1926.

Rein droit : Leucocytes polynucléaires ; nombreux B. K.

Rein gauche (quelques globules blancs; pas de bactéries).

Constante d'Ambard : K. 0,072.

Opérée le 5 octobre 1926. On fait une néphrectomie droite. On trouve un rein droit, très adhérent au niveau de son pôle supérieur. A la coupe, il contient plusieurs cavernes et, en particulier, une grosse caverne au niveau du pôle supérieur. Le bassin et les calices sont en très mauvais état.

Elle est sortie le 25 octobre 1926, en bonne voie de guérison.

Au mois de novembre 1926, elle est de nouveau hospitalisée pour pyélonéphrite gauche à colibacilles avec température à 40° pendant 2 jours. Les crises douloureuses sont très fortes. Les urines deviennent ensuite très troubles.

A ce moment, la plaie opératoire de la néphrectomie droite est complètement refermée (10 novembre 1926). L'état général ne s'est que légèrement amélioré.

La crise passée, on fait des lavages du bassin avec une solution de nitrate d'argent à 1/1000 pendant plus de 3 mois.

Revue le 6 décembre 1929, la malade va bien, l'état général est satisfaisant. Elle a encore quelques légères douleurs dans la région lombaire gauche, bien atténuées d'ailleurs par le régime qu'elle suit.

Le 3 mars 1930, la malade souffre encore de la vessie par période. Elle n'urine pas souvent, ne souffre pas du côté droit. L'état général est très satisfaisant. La malade est toujours constipée.

T. A. : 13-8.

12 mars 1930 : L'examen cyto-bactériologique révèle encore la présence de quelques polynucléaires. Pas de B. K., mais présence de coli-bacilles très abondants. On fait une série d'auto-vaccin.

OBSERVATION XII

(Inédite)

M. G... Lucien, âgé de 27 ans, souffre depuis plus de 4 ans dans la région lombaire. Il vient consulter le 3 janvier 1927 car les crises douloureuses deviennent de plus en plus fortes. Il n'a jamais eu d'hématuries, mais il a des envies fréquentes et impérieuses d'uriner (toutes les 1/2 heures). Pollakiurie nocturne (8 à 10 fois la nuit). Pyurie abondante. L'état général est assez satisfaisant. On trouve à la palpation du rein, à droite, une douleur très vive ; il semble que le rein droit soit augmenté de volume. Rien à gauche.

Rien d'anormal au point de vue pulmonaire ni au point de vue génital.

Cathétérisme des urétéres : le 9 janvier 1927.

EXAMEN CYTO-BACTÉRIOLOGIQUE :

Rein gauche : Présence d'hématies et de quelques leucocytes polynucléaires non altérés. Pas de bactéries. *Pas de B. K.*

Rein droit : Ballon vide.

Vessie : Présence d'innombrables hématies et de nombreux polynucléaires altérés. Nombreux B. K. Quelques diplocoques.

EXAMEN FONCTIONNEL :

	Rein gauche	Vessie
Volume en 1 heure	16 cc.	5 cc.
Volume calculé en 24 h.	384 cc.	120 cc.
Urée au litre	32,30	1,40
Urée en 24 heures	12,40	0,168
Glucose néant.		

Albumine : dosage faussé par la présence du sang. Beaucoup plus dans les urines provenant de la vessie que dans celle provenant du rein gauche.

Constante d'Ambard le 10 janvier 1927, K. 0,080.

Le 15 janvier 1927, néphrectomie droite. Rein fortement

adhérent de toutes parts ; à la coupe, porteur de nombreuses cavernes.

Suites opératoires normales, le malade est sorti en bon état de santé le 5 février 1927.

La plaie s'est cicatrisée complètement dans l'espace de 6 mois. En 1928, le malade fait une orchite bacillaire gauche. Il ne souffre plus au niveau des reins ni de la vessie.

Au toucher rectal, la prostate est normale et non douloureuse ; mais la vésicule séminale gauche est très empâtée ; on sent nettement la terminaison du déférent gauche, qui est douloureux.

Ce malade est toujours porteur d'une orché-épididymite gauche avec déférentite, améliorée d'ailleurs par les injections d'antigène tuberculeux. L'auscultation des poumons ne révèle rien d'anormal. Les urines semblent claires, mais à l'examen cyto bactériologique on trouve encore des leucocytes polynucléaires et quelques B. K.

L'examen cystoscopique montre une muqueuse vésicale normale ; il n'existe plus de lésion tuberculeuse.

Le poids est de 63 kilogs. La T. A. est 15,7-15. Le malade ne se plaint pas de maux de tête ni de crampes.

Il s'agit ici d'une orchite bacillaire secondaire à la néphrectomie pour tuberculose rénale, et qui assombrit ainsi le pronostic.

OBSERVATION XIII

(Inédite)

Mme Sch..., 48 ans, employée de banque, vient consulter le 4 avril 1928. Depuis 2 ou 3 mois, elle a des envies plus fréquentes d'uriner. Pas de sang, mais les urines sont troubles : dépôt purulent. Depuis 2 ans, elle souffre de douleurs

lombaires à gauche, sous forme de crises de colique néphrétique.

A la palpation, rien à signaler.

Poumons et autres organes normaux. T. A. 15-8.

CATHÉTÉRISME DES URETÈRES le 4 avril 1928.

La vessie présente à gauche des ulcérations tuberculeuses.

L'orifice urétéral gauche est rouge et oedématié.

EXAMEN CYTO-BACTÉRIOLOGIQUE :

Rein droit : Quelques polynucléaires. Pas de B. K.

Rein gauche : Nombreux polynucléaires. Présence de bacilles tuberculeux.

EXAMEN FONCTIONNEL :

	Rein droit	Rein gauche
Volume en 60'	34 cc.	42 cc.
Volume des 24 heures	826 cc.	1008 cc.
Urée par litre	18,31	9,60
Urée par 24 heures	15,24	9,67

Le 18 avril 1928, on fait une néphrectomie gauche. Anesthésie générale à l'éther. L'intervention est facile, malgré quelques adhérences au niveau du pôle supérieur.

A la coupe, on trouve 2 cavernes importantes au niveau du pôle supérieur du rein.

Les suites opératoires sont normales. La plaie est cicatrisée au bout de 32 jours. Les douleurs vésicales ont disparu presque immédiatement après l'intervention.

Revue le 15 juin 1928, état général satisfaisant ; plus de pyurie ni de douleurs. Un peu de pollakiurie. Examen des urines négatif. Elle a été opérée de nouveau le 20 juillet 1928 pour épithélioma glandulaire du sein. La malade est tout à fait remise de cette seconde opération. Les examens d'urines ont toujours été négatifs depuis juin 1928. La malade ne souffre plus.

OBSERVATION XIV

(Inédite)

M. C..., 32 ans, employé d'usine, demeurant à Flers de l'Orne, est venu consulter le 22 février 1928 parce que depuis 2 mois il a de la pollakiurie, surtout nocturne (10 fois dans la nuit). Il y a un mois, il a fait des hématuries durant 2 ou 3 jours. Les urines sont troubles et déposent abondamment. Il ne présente pas d'amaigrissement. Pas de constipation ; l'appétit est bien conservé. Il souffre dans les reins depuis longtemps (5 ans environ) et particulièrement à droite.

Le rein droit est un peu augmenté de volume et douloureux.

Le rein gauche est apparemment normal.

Un examen d'urine fait le 23 février 1928 donne la réponse suivante : présence de leucocytes polynucléaires et de bacilles tuberculeux.

L'état général est bon. Pas de lésions pulmonaires décelables cliniquement ni radiologiquement.

Appareil génital : rien à signaler.

CATHÉTÉRISME DES URÈTÈRES le 13 mars 1928.

EXAMEN CYTO-BACTÉRIOLOGIQUE :

Rein droit : Présence de nombreux leucocytes polynucléaires. Cellules rénales et B. K.

Rein gauche : Présence de globules sanguins. Absence de bactéries.

EXAMEN FONCTIONNEL :

	Urine		Urée	
	en 1 h.	en 24 h.	par litre	en 24 h.
<i>Rein droit</i> :	21 cc.	504 cc.	5,12	2,58
<i>Rein gauche</i> :	15 cc.	360 cc.	27,79	10,

Le 30 avril 1928, on fait une néphrectomie droite. Anesthésie à l'éther.

Le rein est peu augmenté de volume, mais présente des cavernes nombreuses et étendues.

L'urètre est très dilaté.

Les suites opératoires ont été normales. Le malade est sorti en bonne voie de guérison le 25 mai 1928. La plaie s'est cicatrisée complètement au bout de 4 mois.

Depuis l'opération, le malade allait bien, il se plaignait encore de pollakiurie, surtout nocturne. Les urines étaient claires.

Mais vers le début de janvier 1929, il éprouve des douleurs dans le testicule gauche, qui est hypertrophié.

Il vient consulter le 5 février 1929. La pollakiurie a diminué, le malade urine environ toutes les 3 heures, 2 fois la nuit. Il a une orchépididymite bacillaire gauche. Au toucher rectal, on sent un noyau dans le lobe prostatique droit. La vésicule gauche est empâtée, le canal déférent gauche est hypertrophié. Le testicule gauche a été enlevé en mars 1929, mais il persiste une fistule tuberculeuse.

Revu le 7 mars 1930, le malade est en bonne santé, la fistule tuberculeuse est fermée, mais le toucher rectal est un peu douloureux et la vésicule gauche encore empâtée. La pollakiurie s'est améliorée cependant, le malade n'urine plus que toutes les 4, 5 heures et 2 fois la nuit. La T. A. est de 12-5. Pas de crampes, pas de maux de tête. L'auscultation des poumons ne révèle aucun bruit anormal.

OBSERVATION XV

(Inédite)

Mme L..., 25 ans, vient consulter le 16 avril 1928.

En septembre 1927, elle a commencé à souffrir du rein gauche ; depuis 3 mois environ elle a des envies fréquentes d'uriner. Les urines déposent beaucoup; il n'y a pas eu d'héma-

turie. Enfin elle ressent des brûlures très vives à la miction. La malade est peu constipée ; elle ne tousse pas.

L'état général est bon ; le poids est de 52 kgs.

A la palpation le rein gauche est douloureux et un peu augmenté de volume. Rien à droite.

A l'auscultation des poumons, on ne trouve rien d'anormal.

CATHÉTÉRISME DES URÉTÈRES LE 19 AVRIL 1928.

L'orifice urétéral gauche est perdu au milieu de fongosités mamelonnées.

La muqueuse est très vascularisée. Pas d'ulcérations.

L'orifice urétéral droit est seulement un peu rouge.

EXAMEN CYTO-BACTÉRIOLOGIQUE :

Rein gauche : Présence de polynucléaires et de B. K.

Rein droit : Présence de polynucléaires, absence de B. K.

Concentration uréique	Rein droit	Rein gauche
Vol. d'urine en 60'	153 cc.	150 cc.
Vol. calculé en 24 h.	3.672 cc.	3.600 cc.
Urée par litre	5 gr. 38	3 gr. 97
Urée par 24 h.	19 gr. 85	14 gr. 29

Le 16 mai 1928 on fait une néphrectomie gauche, le rein est légèrement augmenté de volume. On trouve sur la capsule une plaque de granulations miliaires.

A la coupe, pas de cavernes, mais des granulations sur les calices.

En décembre 1928, l'état général est très bon, les douleurs vésicales se sont atténuées, mais la pyurie persiste ; les urines contiennent des coli-bacilles. On fait des lavages du bassin droit et des injections d'auto-vaccin.

Le 18 septembre 1929 : L'état général est très bon. La malade a repris 15 kgs 500 depuis l'intervention. La plaie ne s'est refermée qu'au bout de 15 mois. La pollakiurie a disparu, mais les urines sont encore troubles et contiennent toujours des coli-bacilles.

Le 9 mars 1930 : Bon état général. Pollakiurie et douleurs ont disparu, les urines sont toujours un peu troubles et contiennent des coli-bacilles.

La T. A. est de 14-6. Pas de signes d'insuffisance rénale.

OBSERVATION XVI

(Inédite)

Mlle L..., ouvrière, âgée de 21 ans, souffrait depuis plusieurs années dans les reins. Mais elle n'est venue consulter que le 18 avril 1928, parce que depuis 4 mois surtout, elle souffre de cystite. Elle présente de la polyurie avec dysurie, pollakiurie surtout diurne. Urines troubles, elle a eu quelques hématuries dont l'une assez abondante voilà trois mois.

Constipation fréquente. Règles normales.

Douleurs à la palpation du rein droit, qui ne semble pas augmenté de volume. Légère douleur à gauche.

Auscultation des poumons : rien à signaler.

Toucher vaginal : rien à signaler au point de vue génital, mais la vessie est douloureuse, surtout à droite.

CATHÉTÉRISME DES URÉTÈRES LE 27 AVRIL 1928.

EXAMEN CYTO-BACTÉRIOLOGIQUE.

Rein droit : Présence de cellules rénales et de bacilles tuberculeux.

Rein gauche : Quelques cellules endothéliales, pas de polynucléaires, pas de B. K.

Examen fonctionnel	Vessie	Rein droit	Rein gauche
Quantité d'urine en 30'	51 cc.	22 cc.	7 cc.
Quantité en 24 h.	2.448 cc.	1.056 cc.	336 cc.
Urée au litre	8 gr. 83	5 gr. 25	18,19
Urée par 24 h.	21,61	5,54	6,11

Le 7 juin 1928, on fait une néphrectomie droite. Le rein est adhérent. L'artère polaire supérieure est anormale.

A l'ouverture du rein, on trouve, dans la moitié inférieure de l'organe, 2 cavernes de la grosseur d'une noisette, remplies de caséum. L'urètre semblait peu envahi.

Les suites opératoires sont normales, et la malade sort en bonne voie de guérison, le 28 juin 1928. La plaie est cicatrisée le 3 juillet 1928, mais la malade souffre toujours de la vessie et les dernières gouttes d'urine sont toujours teintées de sang. Les urines sont encore troubles et contiennent du pus et des B. K. Présence d'albumine.

En décembre 1928, l'examen cystoscopique montre encore la présence d'ulcérations tuberculeuses autour de l'orifice urétéral droit avec congestion de la muqueuse vésicale envahissante.

En juillet 1929, l'état général est excellent; les urines sont claires, ne contiennent plus ni B. K., ni pus. Il y a encore eu quelques hématuries, surtout à la suite de lavages au nitrate d'argent faits par le médecin, la malade souffrant toujours un peu, surtout au moment de la miction.

L'examen cystoscopique, montre l'absence d'ulcérations tuberculeuses, mais il persiste une congestion de la muqueuse vésicale, au niveau du bas-fond, dans l'aire du trigone.

Revue, pour la dernière fois le 8 mars 1930, la malade va très bien, elle ne souffre plus du tout. Les examens d'urines ont toujours été négatifs depuis 8 mois. Pas d'albumine.

La muqueuse vésicale est redevenue normale. La malade est considérée comme guérie

OBSERVATION XVII

(Inédite)

M. M..., coiffeur, âgé de 40 ans, est venu consulter le 14 août 1928, parce qu'il souffre depuis plusieurs années de dou-

leurs lombaires par crises, et surtout parce que depuis 6 mois, il présente une cystite avec pyurie abondante, pollakiurie et douleurs très vives à la miction.

Il a eu deux hématuries depuis 3 mois.

A la palpation, on sent un gros rein à gauche, très douloureux.

A droite : rien à signaler.

Les testicules sont normaux. Le toucher rectal révèle une prostate un peu grosse, mais peu douloureuse.

Le cathétérisme n'est possible que sous-rachianesthésie.

La vessie tolère 200 cc. d'eau ; elle est très rouge. Le cathétérisme de l'urètre droit est impraticable ; à gauche, la sonde ne pénètre qu'à quelques centimètres dans l'urètre.

EXAMEN CYTO-BACTÉRIOLOGIQUE.

Vessie, Rein droit : Quelques polynucléaires, pas de bactéries.

Rein gauche : Présence de nombreux leucocytes polynucléaires et de bacilles tuberculeux.

Examen fonctionnel

	Rein gauche	Vessie (rein droit)
Volume en 60'	57 cc.	35 cc.
Volume en 24 h.	1.468 cc.	840 cc.
Urée par litre	8,70	19,16
Urée par 24 h.	12,77	16,09

Dosage d'urée sanguine : 0,34 par litre de sérum.

On fait une néphrectomie gauche le 4 septembre 1928. Anesthésie générale à l'éther. On est obligé de sectionner le ligament lombo costal, car le rein est extrêmement adhérent et son volume est augmenté du double, au moins.

Le rein, bosselé, est à peu près détruit, il est rempli de caernes.

Les suites opératoires sont normales. Le malade sort en bonne voie de guérison le 29 septembre 1928.

La plaie a suppuré pendant 2 mois environ, par une fistule ouverte dans son angle inférieur. La cicatrisation complète s'est faite le 12 décembre 1928.

Le 14 février 1929, l'état général est satisfaisant. Les urines sont encore un peu troubles et le malade souffre encore en urinant. La pollakiurie persiste.

Le rein droit semble un peu augmenté de volume, mais il n'est pas douloureux. La prostate n'est pas douloureuse, mais toujours un peu grosse. Les testicules sont normaux.

Revu le 15 février 1930, la pyurie persiste encore, mais les douleurs ont à peu près disparu. Le malade urine encore 7 à 8 fois par jour, 2 fois la nuit.

Le dernier examen cyto-bactériologique des urines montre la présence de polynucléaires assez abondants et de quelques entérocoques. Pas de B. K.

OBSERVATION XVIII

(Inédite)

Mme M..., âgée de 35 ans, vient consulter le 23 août 1928, parce qu'elle souffre du rein droit depuis mai 1928. A la palpation du rein droit, il semble qu'on sente son pôle inférieur. La malade urine 20 fois par jour environ et 5 à 6 fois par nuit. Les urines sont troubles. Pas d'hématurie. Bonne capacité vésicale.

Examen des autres organes : Rien à signaler.

CATHÉTÉRISME DES URÉTÈRES LE 27 AOÛT 1928.

Le côté gauche de la vessie est absolument sain.

L'orifice urétéral gauche est légèrement congestionné.

L'orifice urétéral droit est perdu au milieu d'une zone œdématisée dans laquelle il est impossible de l'apercevoir.

EXAMEN CYTO-BACTÉRIOLOGIQUE.

Rein gauche : Cellules épithéliales.

Rein droit : Polynucléaires très abondants, présence de B. K.

EXAMEN FONCTIONNEL.

	Rein droit	Rein gauche
Urine en 60'	38 cc.	24 cc.
Urine en 24 h.	912 cc.	576 cc.
Urée par litre	6.93	30 gr. 89
Urée par 24 h.	6.32	17 gr. 79

Néphrectomie droite le 20 septembre 1928. Anesthésie générale à l'éther. Le rein est très fixé et très haut. Le bassin et l'urètre sont très distendus.

A la coupe, on se trouve en présence d'une hydronéphrose tuberculeuse avec 3 ou 4 grosses cavités d'abcès.

La malade fait une phlébite du membre inférieur gauche qui a duré deux mois. Les suites opératoires locales ont été excellentes ; la plaie s'est cicatrisée complètement en 6 mois. Revue le 20 mars 1929, la plaie vient de se cicatrifier ; l'état général est très bon ; le poids a augmenté de 10 kilos. Les troubles urinaires sont disparus depuis 2 mois environ. Les urines sont claires et stériles. Pas d'albumine.

Le 8 avril 1930, à notre dernier examen, la malade va très bien, ne souffre plus du tout. Les examens d'urine faits depuis un an ont toujours été négatifs.

OBSERVATION XIX

(Inédite)

Mme L..., âgée de 34 ans, vient consulter le 22 janvier 1929 pour douleurs lombaires et envies fréquentes d'uriner. Les urines sont troubles ; il n'y a jamais eu d'hématurie.

A la palpation, le rein droit semble augmenté de volume, il est douloureux. A gauche, rien à signaler.

Un examen d'urine est fait le 23 janvier 1929, il révèle la présence de polynucléaires et de B. K.

CATHÉTÉRISME DES URÉTÈRES LE 24 JANVIER 1929.

La capacité vésicale est très réduite (25 cc.), on trouve des ulcérations tuberculeuses autour de l'orifice urétéral droit qui est d'ailleurs très œdématié.

EXAMEN CYTO-BACTÉRIOLOGIQUE.

Rein gauche : Polynucléaires très abondants. Très rares B. K.

Rein droit : Polynucléaires abondants. B. K. très abondants.

Concentration uréique.

	Rein gauche	Rein droit
Volume d'urine recueilli	78 cc.	50 cc.
Urée par litre	10 gr. 50	5 gr. 76
Urée pour le temps de l'émission	0 gr. 81	0 gr. 28

Néphrectomie droite le 26 février 1929 : Rein très adhérent par son pôle supérieur, et très augmenté de volume.

A la coupe, on trouve de nombreuses granulations répandues sur les parois du bassin et 3 cavernes de la grosseur d'une noisette dans la zone médullaire du rein. Les suites opératoires sont normales, la malade sort le 20 mars 1929. La plaie opératoire s'est cicatrisée en 3 mois et demi. Les douleurs vésicales ont diminué ; cependant, elles persistent, ainsi que la pollakiurie et la pyurie. Les urines ne contiennent pas de B.K., mais des coli-bacilles. On fait des lavages du bassin gauche et de l'auto-vaccin.

Revue le 8 mars 1930 : L'état général est très bon, mais la pollakiurie persiste, très marquée ; la malade urine encore tous les 1/4 d'heure. Elle est très constipée. La T. A. est 14-8. L'examen d'urine fait le 6 mars révèle la présence de polynucléaires sans bactéries.

OBSERVATION XX

(Inédite)

M. P... Fernand, 56 ans, garagiste, demeurant à Isigny, souffre depuis le mois de juillet 1928 de douleurs lombaires ; en septembre 1928 apparaissent des troubles urinaires nets : Pollakiurie (toutes les heures environ, 6 à 8 fois par nuit) avec pyurie.

Il n'a pas eu d'hématurie.

Il s'agit d'un alcoolique tuberculeux pulmonaire bilatéral qui a maigri beaucoup depuis 6 mois surtout. L'état général est peu satisfaisant. L'examen des urines affirme la présence de nombreux B. K.

On essaie le traitement médical, vu le mauvais état du sujet ; il n'y a eu aucun résultat au point de vue urinaire, cependant l'état général s'est amélioré.

CATHÉTÉRISME DES URÉTÈRES LE 20 MARS 1929.

EXAMEN CYTO-BACTÉRIOLOGIQUE.

Rein gauche : Pas d'urine.

Rein droit : Quelques polynucléaires. Pas de B. K.

Vessie : Purée de polynucléaires. B. K. très nombreux.

EXAMEN FONCTIONNEL.

	Rein droit	Vessie
Volume recueilli en 30'	32 cc.	38 cc.
Volume calculé en 24 h.	1536 cc.	1824 cc.
Urée par litre	16,39	8,58
Urée par 24 h.	25,17	15,64

Le 5 avril 1929, on fait une néphrectomie gauche. Anesthésie générale au balsoforme.

On trouve un rein augmenté de volume et contenant des lésions de sclérose et de grandes cavernes pleines de pus. A la suite de l'opération, le malade a fait des complications pulmo-

naires sans gravité, mais longues. Le malade sort le 8 août 1929. La plaie opératoire est cicatrisée depuis 15 jours. Au point de vue état général, nous avons constaté une amélioration très nette, mais la pollakiurie persiste, le malade urine toutes les demi-heures.

Les urines sont troubles et contiennent des coli-bacilles, mais pas de B. K. Nous lui avons fait des lavages du bassinnet droit au nitrate d'argent. Nous conseillons des instillations d'huile goménolée, la vessie présentant encore quelques ulcérations qui tardent à se cicatriser, et des injections d'auto-vaccin.

L'amélioration s'accroît pendant 3 mois environ, mais le malade arrête complètement tout traitement et recommence à boire.

Le 14 février 1930, il a une rechute, avec crises douloureuses au niveau du rein droit, toutes les 20 minutes environ. Son testicule droit est douloureux et l'épididyme est empâté. Rien au toucher rectal.

Le malade n'est pas constipé, mais il n'a aucun appétit.

Les urines contiennent de nombreux polynucléaires, ainsi que des coli-bacilles et des enterocoques, mais pas de B. K.

Tout étant revenu dans l'ordre, le 4 mars 1930 on fait l'exérèse en une seule pièce du testicule droit et d'un gros abcès épидидymaire situé au niveau du pôle inférieur et rempli de pus épais. La cicatrisation se fait en 15 jours.

Ce malade a été revu le 22 avril 1930 ; l'état général était assez bon, mais les urines toujours troubles. La pollakiurie persistait, le malade urinait toutes les heures environ et 4 fois la nuit.

Les urines contenaient à cette date des B. K. et des colibacilles.

Depuis, nous avons appris que ce malade est décédé au mois de juin 1930 dans une crise d'anurie. Il ne voulait plus suivre aucun traitement et buvait beaucoup.

OBSERVATION XXI

(Inédite)

Mlle L..., 52 ans, cultivatrice, a fait depuis 7 ans plusieurs crises de colique néphrétique à gauche. Après ces crises, les urines étaient troubles. Entre les crises, les urines redevenaient claires et étaient normales. Pas de pollakiurie.

Le rein gauche semble augmenté de volume à la palpation.

CATHÉTÉRISME DES URÉTÈRES LE 27 MAI 1929.

Vessie à peu près normale.

Concentration uréique.

	Rein gauche	Rein droit
Volume recueilli en 60'	40 cc.	50 cc.
Volume théorique en 24 h.	960 cc.	1200 cc.
Urée par litre	6.14	24.59
Urée par 24 h.	5.89	29.50

EXAMEN CYTO-BACTÉRIOLOGIQUE.

Rein gauche : Polynucléaires très abondants. Présence de B. K.

Rein droit : Présence d'éléments épithéliaux. Pas de B.K. Aucune bactérie.

Néphrectomie gauche le 31 mai 1929. Anesthésie générale à l'éther. On se trouve en présence d'une pyohydronéphrose tuberculeuse. A la coupe : 2 petites cavernes au niveau du pôle inférieur du rein.

Les suites opératoires sont normales. La plaie est complètement cicatrisée au bout d'un mois et demi.

Revue le 7 mars 1930, la malade va très bien, l'état général est très bon. Les urines sont claires. Les douleurs ont complètement disparu. Pas de pollakiurie.

Les examens d'urine faits depuis janvier 1930 ont toujours été négatifs. Pas d'albumine.

OBSERVATION XXII

(Inédite)

Mme D..., 39 ans, demeurant à Montbray (Manche), est venue consulter le 23 mai 1929 pour pyurie et pollakiurie diurne et nocturne (tous les 1/4 d'heure le jour, 7 à 8 fois la nuit) depuis 3 ans au moins. Pas d'hématuries, mais douleurs lombaires très vives par moments.

A la palpation, on trouve un rein gauche gros et douloureux, bien palpable. Rien à droite.

Examen des poumons : Rien d'anormal à signaler.

Etat général satisfaisant, bien que la malade ait accusé un amaigrissement de 4 kilogs depuis 5 mois.

CATHÉTÉRISME DES URÉTÈRES LE 24 MAI 1929.

L'orifice urétéral droit paraît normal.

L'orifice urétéral gauche, très œdématié et ulcéré, saigne au moindre contact et est impossible à cathétériser.

EXAMEN CYTO-BACTÉRIOLOGIQUE.

Rein gauche : Présence de nombreux polynucléaires. Présence de coli-bacilles. Recherche de B. K. positive.

Rein droit : Présence de polynucléaires (peu abondants). Recherche de B. K. négative (8 lames).

Concentration uréique.

	Vessie (rein gauche)	Rein droit
Volume recueilli en 60	23 cc.	7 cc.
Volume calculé pour 24 h.	552 cc.	168 cc.
Urée par litre	11.27	15.11
Urée par 24 h.	6.22	2.53

Constante d'Ambard K : 0,075.

Le 3 juin 1929, on fait une néphrectomie gauche. Le rein est très volumineux ; cependant, sa libération est assez facile, sauf au niveau du pôle inférieur.

A la coupe, il est rempli de nombreuses cavernes purulentes.

La malade est sortie en bonne voie de guérison le 25 juin 1929.

La plaie est refermée complètement le 30 juin (27 jours après l'intervention).

Les forces et l'appétit reviennent vite. Le poids a augmenté de 4 kilogs 1 mois et demi après l'opération.

La pyurie et les douleurs vésicales persistent encore pendant 3 mois.

Cependant, après 2 séries d'auto-vaccin (coli-bacilles), l'examen des urines revient négatif le 28 octobre 1929. Pas d'albumine. La pollakiurie persiste seule, la malade urine tous les 3/4 d'heure environ.

L'examen cystoscopique fait en décembre 1929 montre l'absence de lésions tuberculeuses. La muqueuse vésicale est redevenue normale, mais la capacité vésicale est encore restreinte. On essaie la médication calmante qui ne donne que très peu de résultat.

Revue le 7 mars 1930, la malade a un très bon état général ; l'examen des urines est toujours négatif, mais la malade urine encore toutes les heures environ. La capacité vésicale a augmenté légèrement.

OBSERVATION XXIII

(Inédite)

Mlle B..., 24¹/₂ ans, a fait une pleurésie droite en février 1929. Elle vient consulter le 15 mars 1929 pour douleurs lombaires et urines troubles. Enfin sont apparues voilà 1 mois des douleurs vésicales avec pollakiurie et pyurie nette. Pas d'hématurie. L'état général est bon.

A l'auscultation des poumons, on trouve des séquelles de

pleurésie, avec quelques râles suspects au sommet du poumon droit. La malade tousse un peu et crache, on ne trouve pas de B. K. dans les crachats.

CATHÉTÉRISME DES URÉTÈRES LE 19 AVRIL 1929.

La vessie est rouge au niveau du bas fond, mais beaucoup plus à gauche qu'à droite. L'orifice urétéral gauche est très œdématié.

EXAMEN CYTO-BACTÉRIOLOGIQUE.

Rein gauche : Présence de polynucléaires. Présence de B. K.

Rein droit : Très rares polynucléaires. Absence de B. K.

L'inoculation des urines du rein droit au cobaye est revenue négative.

Concentration uréique.

	Rein gauche	Rein droit
Volume d'urine en 60'	31 cc.	22 cc.
Volume théorique en 24 h.	744 cc.	528 cc.
Urée par litre	9 gr. 20	20 gr. 80
Urée en 24 h.	5 gr. 84	10 gr. 98

Néphrectomie gauche le 3 juin 1929. — Le parenchyme rénal est farci de granulations tuberculeuses ; il y en a même au niveau de la capsule. Tout près du bassinnet se trouve un abcès froid rempli d'un produit caséeux épais.

Les suites opératoires sont normales ; la malade est sortie le 21 juin 1929.

La plaie s'est cicatrisée en 4 mois ; les douleurs vésicales et la pollakiurie ont diminué progressivement ; mais la pyurie persiste. La malade est très constipée.

Le 3 février 1930, l'état général est très amélioré, la T. A. est de 13-7,5. La malade ne tousse plus, mange bien. Elle ne souffre plus du tout, mais la constipation persiste.

Les urines sont un peu troubles, elles contiennent quelques cœli-bacilles.

Les lésions pulmonaires ont complètement rétrocedé, on entend encore quelques frottements pleuraux à la base droite, mais aucun râle. Le diagnostic est vérifié à la radio.

OBSERVATION XXIV

(Inédite)

M. B..., 40 ans cultivateur, vient consulter en août 1929, parce qu'à plusieurs reprises il a eu des hématuries qui ont duré 5 à 6 jours. Une cystoscopie faite voilà un an avait fait faire le diagnostic de tumeur de la vessie. Depuis 2 mois, en particulier, il souffre beaucoup des reins et présente des troubles de la miction : douleurs très vives au moment de la miction, pollakiurie, pyurie et quelques petites hématuries.

A la radiographie, on voit un rein droit gros et irrégulier.

ON FAIT UN CATHÉTÉRISME LE 4 OCTOBRE 1929.

I. EXAMEN CYTO-BACTÉRIOLOGIQUE.

Rein gauche : Quelques cellules épithéliales.

Rein droit : Nombreux polynucléaires, nombreux B. K., agglomérés en amas.

II. Concentration uréique

	Rein gauche	Rein droit
Volume recueilli	42 cc.	76 cc.
Urée par litre	20 gr. 49	7 gr. 04

III. Constante d'Ambard, $K = 0,147$.

Le 9 octobre 1929, on fait une néphrectomie droite. Le rein est très adhérent, mais de volume normal. On trouve 3 cavernes purulentes.

Les suites opératoires sont normales et le malade sort le 27 octobre 1929, en bonne voie de guérison.

Le 31 janvier 1930, la plaie est totalement cicatrisée, mais

le malade ressent encore de vives douleurs vésicales. Les urines sont encore troubles et contiennent des B. K. L'état général est très satisfaisant. Revu le 8 février 1930, le malade a un très bon état général, mais il se plaint toujours d'uriner 5 à 6 fois par nuit, les douleurs vésicales sont moins vives, les urines contiennent des polynucléaires abondants, mais pas de B. K., ni autres bactéries.

La T. A. est de 14-9.

L'examen cystoscopique montre une muqueuse vésicale encore très rouge, mais indemne d'ulcérations tuberculeuses.

On prescrit des désinfectants intestinaux et urinaires.

OBSERVATION XXV

(Inédite)

M. C... Eugène, 27 ans, entre à l'hôpital le 14 février 1930. Il a eu, voilà 2 ans, une hématurie ayant duré 3 jours.

Depuis deux mois et demi il souffre de la vessie et urine fréquemment 4 à 5 fois par nuit. Les mictions sont douloureuses ; les urines sont troubles.

CATHÉTÉRISME DES URÉTÈRES LE 14 MARS-1930.

Vessie rouge, 2 ulcérations tuberculeuses au niveau de l'orifice urétéral gauche qui est un peu œdématié.

EXAMEN CYTO-BACTÉRIOLOGIQUE.

Rein gauche : Nombreux polynucléaires, présence de B. K.

Rein droit : Quelques polynucléaires, pas de B. K.

EXAMEN FONCTIONNEL.

	Rein droit	Rein gauche
Volume en 1 h.	9 cc.	58 cc.
Volume en 24 h.	215 cc.	1.392 cc.
Urée par litre	28.95	13.70
Urée par 24 h.	6.25	19.07

Constante d'Ambard : $K = 0,083$.

Le 25 mars 1930, on fait une néphrectomie gauche.

Le rein, peu augmenté de volume, contient 3 cavernes, l'urètre semble peu touché.

Suites opératoires normales. La cicatrisation de la plaie s'est faite en un mois et demi. Les douleurs vésicales ont disparu au bout de deux mois ; il persistait un peu de pyurie, et les mictions étaient encore fréquentes.

Le 1^{er} juin l'examen des urines révèle la présence de polynucléaires sans bactéries, Depuis ils ont toujours été négatifs.

Revu le 15 août 1930, le malade urine encore 5 à 6 fois par jour, jamais la nuit. Il ne souffre plus du tout, les urines sont claires et stériles. Il va reprendre son travail dans 8 jours.

OBSERVATION XXVI

(Inédite)

M. V..., 38 ans, cultivateur, est envoyé consulter pour pyurie très abondante, pollakiurie et hématuries. Douleurs très vives à la miction. Etat général peu satisfaisant, le malade est en plus un alcoolique invétéré. Rien aux poumons. Palpation du rein droit douloureuse.

CATHÉTÉRISME DES URÉTÈRES LE 28 MARS 1930.

Nombreuses ulcérations tuberculeuses.

EXAMEN CYTO-BACTÉRIOLOGIQUE.

Rein droit : Polynucléaires très abondants, nombreux B. K.

Rein gauche : Pas de polynucléaires, pas de B. K. ; quelques cellules épithéliales.

Concentration uréique

	Rein gauche	Rein droit
Volume d'urine en 60'	31 cc.	130 cc.
Volume d'urine en 24 h.	434 cc.	5.120 cc.
Urée par litre	34,05	2,17
Urée par 24 h.	14,80	6,77

Urée sanguine : 0,28 par litre.

Constante d'Ambar : $K = 0,176$.

Le 3 avril 1930 on fait une néphrectomie droite. Le rein est très volumineux et très adhérent. Il est farci de gommes tuberculeuses et de cavernes.

Pendant 2 jours, les suites opératoires sont normales, le 3^e jour le malade fait une crise de delirium tremens. Le 4^e jour, au contraire, il est un peu somnolent, mais l'état mental du malade étant très diminué, on ne s'en inquiète pas. Le rein d'ailleurs, fonctionne normalement.

Le 5^e jour, la somnolence augmente ; les urines diminuent, on fait un dosage d'urée sanguine : 0,68 par litre.

Le 6^e jour, le malade est dans le coma ; anurie complète que rien ne peut lever. Le malade meurt dans la soirée ; un dosage d'urée sanguine fait, quelques heures avant sa mort, annonce 0,84 d'urée par litre de sérum.

OBSERVATION XXVII

(Inédite)

Mme L..., 25 ans, ouvrière, a commencé à souffrir du ventre en 1929, elle avait des pertes blanches et des règles douloureuses. Mais, depuis 6 mois sont apparus des signes urinaires : pyurie, pollakiurie diurne et hématurie en décembre 1929.

Elle a beaucoup maigri, mais ne tousse pas.

Vue le 11 avril 1930, elle urine toutes les 3 heures ; il n'y a pas de sang dans les urines, mais celles-ci déposent abondamment.

Le rein gauche est perceptible à la palpation et douloureux. Points douloureux urétraux gauches. Rien à droite.

Auscultation des poumons : rien à signaler.

CATHÉTÉRISME DES URÉTÈRES FAIT LE 14 AVRIL 1930.

EXAMEN CYTO-BACTÉRIOLOGIQUE.

Rein gauche : Nombreux polynucléaires, présence de B. K.

Rein droit : Nombreuses hématies, pas de polynucléaires ;
absence de B. K.

Concentration urétique

	Rein gauche	Rein droit
Volume d'urine en 60'	22 cc.	17 cc.
Volume d'urine en 24 h.	528 cc.	408 cc.
Urée par litre	4 gr. 22	21 gr. 13
Urée en 24 h.	2 gr. 22	8 gr. 62

Le 16 avril 1930 : néphrectomie gauche : le rein est très augmenté de volume et creusé de cavernes, le parenchyme est presque totalement détruit.

Les suites opératoires sont très bonnes. La malade sort le 29 avril 1930 en bonne voie de guérison. La plaie est complètement cicatrisée, le 1^{er} mai 1930. Les douleurs ont disparu ainsi que la pollakiurie. Les urines sont claires et stériles, elles ne contiennent pas d'albumine.

Revue le 27 juillet 1930. La malade va très bien, elle ne souffre plus. L'état général est excellent. Pas de pollakiurie ; les urines sont claires et stériles. La malade n'est pas constipée. Elle est considérée comme guérie.

OBSERVATION XXVIII

(Inédite)

Mme L., ouvrière, 31 ans, vient consulter en mars 1928, elle souffre depuis 2 ans du rein gauche. Pyurie depuis 7 mois, jamais d'hématurie. Pollakiurie depuis le début (8 à 10 fois dans la nuit).

La malade est un peu amaigrie, mais elle a bon appétit et n'est pas constipée.

A. la palpation, le rein gauche est volumineux et un peu douloureux ; on trouve des points urétéraux gauches douloureux.

Le rein droit est un peu descendu.

Les urines contiennent de nombreux polynucléaires et des B. K. en abondance.

Examen des poumons : rien à l'auscultation, vérifiée d'ailleurs par un examen radioscopique.

CATHÉTÉRISME DES URÉTÈRES LE 26 AVRIL 1928.

EXAMEN CYTO-BACTÉRIOLOGIQUE.

Rein droit et reingauche : Nombreux polynucléaires et cellules endothéliales. Présence de B. K. Tous ces éléments sont plus nombreux dans le rein gauche.

EXAMEN FONCTIONNEL.

	Vessie	Rein droit	Rein gauche
Volumé en 45'	10 cc.	57 cc.	6 cc.
Volume en 24 h.	320 cc.	1.824 cc.	192 cc.
Urée par litre	2 gr. 69	13 gr. 96	5 gr. 25
Urée en 24 h.	0 gr. 86	25 gr. 46	1 gr. 008

On essaye le traitement médical, mais en septembre 1930, la malade revient très affaiblie et anémiée. Le rein gauche est très gros et très douloureux. La pollakiurie a disparu, les urines sont claires.

Le 26 septembre 1930, on fait une néphrectomie gauche ; le rein étant énorme et difficile à libérer à cause de la péri-néphrite, on fait une résection de la 12^e côte. Ce rein est rempli de cavernes et le parenchyme est presque totalement détruit.

Le lendemain, la malade fait de l'asystolie ; la T. A. est de 11-10. Cependant, grâce aux injections d'ouabaïne et de sérum de Nonnet, la malade se remet. Elle sort le 30 octobre 1930 ; l'état général est assez satisfaisant ; il persiste une fis-

tule lombaire qui donne assez abondamment. Les urines contiennent encore quelques polynucléaires et des B. K. Les douleurs lombaires ont totalement disparu, il n'y a pas de pollakiurie. On continue le traitement médical.

La répartition des malades peut être faite ainsi :

1) *Suivant le sexe :*

Hommes : 10.
Femmes : 18.

2) *Suivant l'âge :*

1 avant 20 ans (16 ans 1/2, observ. n° 3).
9 entre 20 et 30 ans.
10 entre 30 et 40 ans.
6 entre 40 et 50 ans.
2 après 50 ans.

3) *Suivant le côté :*

15 Néphrectomies droites.
13 Néphrectomies gauches.

4) *Suivant l'unilatéralité :*

Tous ces malades étaient atteints de tuberculose unilatérale sauf une (obs. n° 28) qui présentait une tuberculose bilatérale; mais sur laquelle il fut pratiqué une néphrectomie gauche, car il existait une différence considérable entre le degré d'atteinte des 2 côtés.

CHAPITRE I

Suites Opératoires Immédiates

Ainsi que nous venons de le voir, nous n'avons eu qu'une mort opératoire ; celle de l'observ. n° 26. La néphrectomie a été décidée parce que la concentration uréique du rein droit était de 2 gr. 17, alors que celle du rein gauche était de 34 gr. 05. D'autre part, il n'y avait que 0 gr. 28 d'urée dans le sang. Malheureusement, ce malade, qui buvait plus d'un litre d'alcool par jour — aveu fait par Mme V..., après la mort de son mari — était plus intoxiqué qu'on ne le supposait.

Nous notons, en passant, que nous n'avons pas eu de mort par anurie réflexe ; l'examen des autres statistiques permet en effet de reconnaître qu'il s'agit d'un accident assez rare.

Notre statistique présente donc une mortalité opératoire de 3,5 %, ce qui correspond à peu près à

la moyenne des statistiques publiées ces dernières années.

Ces bons résultats immédiats sont dus, pour une part aux moyens d'investigation ; cathétérisme des uretères, constannte d'Ambard, que nous avons maintenant à notre disposition, et qui nous donnent de précieux renseignements. Mais nous pensons aussi que les chirurgiens savent mieux interpréter les résultats fournis par ces examens préopératoires, et que, d'autre part, la technique s'est considérablement perfectionnée. Enfin, il faut bien dire que les chirurgiens sont maintenant un peu aidés dans leur tâche difficile par le malade lui-même qui accepte plus facilement l'idée d'une intervention chirurgicale, laquelle peut être pratiquée à une période plus rapprochée du début de la maladie.

CHAPITRE II

Suites Eloignées

Sur les 27 survivants, nous comptons dès maintenant 11 guérisons complètes, et avant de commencer ce chapitre, il nous paraît intéressant de grouper ces malades dans un tableau :

N° de l'obs.	Date de l'opération		Date de la guérison	
N° 2	29 Juin	1925	Nov.	1925 (5 mois)
N° 3	2 Juillet	1925	Août	1925 (1 mois)
N° 4	4 Juillet	1925	Mars	1926 (8 mois)
N° 5	4 Juillet	1925	Janvier	1926 (6 mois)
N° 9	20 Août	1926	Février	1929 (2 ans 1/2)
N° 13	18 Avril	1928	Juin	1928 (2 mois 1/2)
N° 16	7 Juin	1928	Mars	1930 (21 mois)
N° 18	20 Sept.	1928	Mars	1929 (6 mois)
N° 21	31 Mai	1929	Mars	1930 (9 mois)
N° 25	20 Mars	1930	Août	1930 (5 mois)
N° 27	16 Avril	1930	Juin	1930 (2 mois)

Comme nous le voyons dans ce tableau, à la suite de la néphrectomie, 2 malades ont guéri spontanément (obs. n° 3, 27) 5 autres ont guéri en 6 mois environ et 2 en moins d'un an. Quant aux 2 der-

nières, leur guérison a été retardée par des complications.

Notre étude portera successivement sur l'état général du malade, sur la cicatrisation de la plaie opératoire, le fonctionnement rénal, l'état de la vessie et des urines.

Nous examinerons ensuite, dans un dernier chapitre, les complications tardives.

ÉTAT GÉNÉRAL : Ce qui paraît remarquable à la lecture de nos observations, c'est l'amélioration constante et considérable de l'état général des malades.

La température, si le malade était fébrile avant la néphrectomie, revient rapidement à la normale. L'appétit renaît, la courbe du poids remonte. Pour certains, il s'agit véritablement d'une résurrection. Tous nos opérés ont pu reprendre leur ancienne profession en veillant seulement à éviter la fatigue. Il est à remarquer que cette amélioration s'est maintenue dans tous les cas où le malade a consenti à se soumettre à un régime, d'ailleurs peu sévère, ayant surtout pour but d'éviter l'intoxication d'origine alimentaire : diminution de la consommation de la viande, suppression des conserves, charcuterie, etc., et surtout suppression complète des boissons alcoolisées, ce qui n'est malheureusement pas toujours facile à obtenir surtout en Normandie.

PLAIE OPÉRATOIRE : La cicatrisation de la plaie opératoire s'est effectuée dans un laps de temps extrêmement variable. Nous notons en passant que nous n'avons jamais eu de fistule urinaire quelles que soient les lésions de l'uretère, et ce résultat est probablement dû à la précaution prise, suivant le conseil de M. Marion, de ne jamais sectionner l'uretère trop près de la vessie et de fixer le moignon urétéral à la partie inférieure de la cicatrice opératoire.

Dans un cas, nous avons eu une tuberculisation évidente de la presque totalité de l'incision opératoire (obs. n° 8). Il s'agissait d'un malade obèse, et il est à noter d'ailleurs que si toute la tranche graisseuse s'est rouverte, la suture musculaire a bien tenu, si bien que nous n'avons pas eu d'éventration. Tant qu'à l'écoulement par le trajet du drain placé comme toujours dans la partie postéro-supérieure de l'incision, il s'est tari, ainsi que nous le disions plus haut, dans un temps très variable, dans certains cas, 1 mois $1/2$ à 2 mois après l'opération (Mme L., obs. n° 27, 15 jours après) ; dans d'autres, après 10 ou 16 mois. Pour la plupart, ce n'est qu'au bout de 4 à 5 mois que la cicatrisation a été complète.

Comme nous pouvons le constater à la lecture de nos observations, la cicatrisation de la plaie opératoire s'est faite en :

- 1 mois ou moins pour 6 malades.
- 2 mois ou moins pour 6 malades.
- 4 mois ou moins pour 9 malades.
- 6 mois ou moins pour 3 malades.
- 1 an pour 1 malade.
- 16 mois pour une malade.

Les cicatrices opératoires revues depuis, ont bon aspect et ne sont pas douloureuses; la paroi musculaire est solide, mais dans presque tous les cas, il y a adhérence de la peau aux plans profonds.

FONCTIONNEMENT RÉNAL :

Après la néphrectomie, la diurèse se rétablit en général presque aussi vite qu'après toute intervention chirurgicale, il n'est pas rare d'avoir 400 à 600 grammes d'urine dès le lendemain de l'intervention.

La quantité émise suit une courbe progressivement ascendante qui atteint 1500 grammes une semaine après l'intervention.

Ce fonctionnement rénal s'est maintenu dans la suite sauf dans le cas de M. P., obs. n° 20, qui s'est toujours montré, ainsi que nous l'avons vu, rebelle à tout régime et qui a présenté, environ 1 an après la néphrectomie, d'abord des petits signes d'urémie auxquels il n'a pas voulu prêter attention, puis une anurie brutale qui a fini par l'emporter. Aucun des autres n'a présenté de symptômes d'urée-

mie même fugace ; dans tous les cas la tension artérielle est restée normale.

ETAT DE LA VESSIE :

Les douleurs vésicales, parfois intenses, ont cédé très rapidement, dans la totalité des cas. La pollakiurie diurne et surtout nocturne a diminué plus lentement ; nous avons d'ailleurs fait cette observation, devenue classique, que si la pollakiurie commençait à diminuer assez vite après l'opération, elle subsistait pendant très longtemps, même dans les cas les plus favorables. Il est rare en effet que le néphrectomisé pour tuberculose rénale retrouve jamais une fréquence normale des mictions.

Dans la plupart des cas, on a pu faire des examens cystoscopiques, les lésions tuberculeuses de la vessie s'améliorent rapidement et la cystoscopie nous a justement montré fréquemment l'intégrité de la muqueuse vésicale alors qu'il existait encore une pollakiurie marquée. Cette dernière peut être attribuée soit à une lésion des terminaisons nerveuses sensibles de la muqueuse vésicale, soit à une sclérose des parois de la vessie dont le résultat est de diminuer la capacité vésicale.

EXAMEN DES URINES :

Les urines s'éclaircissent en général lentement. Mais lorsqu'il existait un dépôt abondant provoqué par la suppuration rénale, celui-ci disparaît

après l'intervention. Dans quelques cas cependant, les lésions vésicales (obs. n° 19 et 24) seules ont entretenu la présence d'une certaine quantité de pus pendant longtemps.

Les bacilles de Koch ont disparu des urines en moyenne dans les six mois qui ont suivi l'intervention. Dans 2 cas, les bacilles persistent encore 4 ans après la néphrectomie (obs. n° 7 et 8), dans un cas, 3 ans (obs. n° 12), dans 1 cas, 2 ans (obs. n° 15).

Il s'agit de malades dont l'un (obs. n° 7) était porteur de lésions pulmonaires avec état général profondément atteint ; les 3 autres ont présenté des symptômes de tuberculose génitale (orchi-épididymite). L'un (obs. n° 8) a guéri spontanément, les 2 autres ont été opérés secondairement.

Dans plusieurs cas, la persistance d'urine trouble, malgré la disparition des B. K., s'est expliquée par une infection secondaire de la vessie ; l'examen bactériologique a révélé la présence de colibacilles, plus rarement d'entérocoques. Il s'agissait presque toujours d'une pyélonéphrite du rein restant ; nous reviendrons plus loin sur cette complication assez fréquente.

Dans un seul cas, nous avons observé des hématuries après néphrectomie qui ont persisté 6 mois après l'intervention. Celles-ci ont disparu à la suite d'instillations vésicales.

GROSSESSE :

2 de nos malades néphrectomisées ont été enceintes l'une 2 ans après l'opération (obs. n° 2), l'autre 1 an après (obs. n° 18). La grossesse et l'accouchement se sont passés normalement, les enfants sont bien portants. Nous ne pouvons pas nous permettre de tirer des conclusions de 2 cas isolés, cependant ces deux observations appuient l'opinion, généralement admise, que le mariage et la maternité peuvent être permis aux néphrectomisées à la condition que celles-ci se soumettent à un régime spécial pendant la grossesse et qu'elles s'interdisent complètement l'allaitement.

Cette autorisation suppose, bien entendu, que le fonctionnement du rein unique soit satisfaisant, et qu'il n'y ait pas d'autres lésions tuberculeuses en évolution.

OPÉRATION CHIRURGICALE APRÈS LA NÉPHRECTOMIE.

4 de nos malades ont subi une seconde opération après la néphrectomie.

2 pour castration unilatérale (obs. n° 12 et 14).

1 pour appendicite (obs. n° 6).

1 pour néo du sein (obs. n° 13).

Tous ces malades ont très bien supporté l'intervention ainsi que l'anesthésie générale au balso-

forme. Les suites opératoires ont été normales, et le rein restant a assuré la dépuración de l'organisme aussi parfaitement que si les 2 organes avaient été sains.

CHAPITRE III

Complications Tardives

RÉCIDIVES SUR LE REIN RESTANT :

Nous n'avons observé aucun cas de tuberculose secondaire du rein restant. Notre statistique est trop récente pour que nous puissions porter une appréciation sur ce point. En particulier, on peut craindre que les 4 malades dans les urines desquels se trouvent encore de BK, infectent secondairement le rein jusqu'alors sain.

INFECTION BANALE DU REIN RESTANT :

Celle-ci, par contre, s'est révélée assez fréquente. La pyélonéphrite du rein unique apparaît quelquefois longtemps après l'intervention ; elle se manifeste par des symptômes qui inquiètent beaucoup les malades, car ils rappellent ceux observés avant la néphrectomie : pyurie, pollakiurie, douleurs

lombaires. L'examen bactériologique des urines permet de les rassurer; il s'agit presque toujours d'une infection à colibacilles survenant chez des malades qui présentent des troubles digestifs : constipation, entérocolite muco-membraneuse, cholécystite, infection duodénale.

Nous avons observé, ainsi qu'on a pu s'en rendre compte :

6 pyélonéphrites à colibacilles.

1 pyélonéphrite à entérocoques.

Le traitement a consisté à s'adresser d'abord au tube digestif, en ordonnant un régime alimentaire et désinfectant ; ensuite, à faire des lavages du bassinet soit avec nitrate d'argent à 1/1000, soit au protargol à 1/1000. Dans certains cas, nous y avons adjoint l'emploi du vaccin.

Cette pyélonéphrite a d'ailleurs toujours cédé au traitement, mais il faut savoir qu'elle est susceptible de récidiver.

SCLÉROSE DU REIN RESTANT :

Cette complication n'a été notée que dans une de nos observations, d'abord parce qu'elles sont récentes, ensuite et surtout parce que nos malades se soumettent, en général, au traitement imposé. La sclérose du rein est provoquée par les intoxications de tout ordre : maladie infectieuse, diathèse et surtout intoxication alimentaire. C'est cette transformation scléreuse qui a déterminé la mort de M. P.

(obs. n° 20) par intoxication alimentaire, ainsi que nous l'avons vu.

HYPERTENSION ARTÉRIELLE :

Nous n'en avons rencontré aucun cas, ainsi que nous l'avons déjà dit ; ce qui ne veut pas dire que les néphrectomisés ne soient pas exposés plus que d'autres à cette affection. Nous croyons, en particulier, que lorsque ces malades atteignent un certain âge, ils doivent surveiller très attentivement leur alimentation et éviter tout surmenage.

CHAPITRE IV

Tuberculisation d'autres Organes

La lecture de nos observations nous a permis de nous rendre compte que l'évolution de l'infection tuberculeuse après la néphrectomie était relativement rare.

Les organes génitaux paraissent le plus fréquemment atteints ; nous en avons 3 cas (obs. n° 8, 12 et 20).

La tuberculose secondaire du poulmon, non seulement paraît rare, mais nous avons pu remarquer chez les malades déjà porteurs d'une lésion pulmonaire que la néphrectomie, en supprimant un foyer important de tuberculose, avait une influence favorable sur la cicatrisation de cette lésion.

CHAPITRE V

Nephrectomie pour Tuberculose Rénale Bilatérale

De tous les malades que nous avons eu l'occasion de soigner, présentant des lésions bilatérales, nous n'en avons opéré qu'une (obs. n° 28) dont un rein fonctionnait à peu près normalement, tandis que l'autre était presque détruit. L'intervention ne datant que de deux mois, nous ne pouvons pas encore parler des résultats obtenus. Cependant, nous avons pu déjà constater une amélioration considérable de l'état général depuis l'opération, et si nous n'osons espérer la guérison complète par cicatrisation des lésions de l'autre rein, nous pouvons dire, dès maintenant, que l'opération aura donné à cette malade, qui était vouée à la mort dans un temps assez court, une survie d'au moins plusieurs mois.

Conclusions

De la lecture de nos observations, il nous semble qu'on peut tirer les conclusions suivantes :

I. La néphrectomie donne des résultats excellents dans la tuberculose rénale unilatérale.

II. Dans les tuberculoses rénales bilatérales, on est autorisé à pratiquer la néphrectomie lorsqu'il existe une différence considérable entre les lésions des deux reins. La néphrectomie se ramène en somme, dans ce cas, à la suppression d'un organe inutile et d'un foyer dangereux. Elle ne doit cependant être décidée qu'après un examen minutieux de l'organisme ; une lésion pulmonaire en évolution par exemple, contre-indique formellement l'intervention.

III. Plus la néphrectomie est précoce, plus la guérison est rapide et complète. Cependant, même faite tardivement, elle peut donner de bons résultats, mais la guérison est plus lente.

IV. Le rein unique assure assez rapidement à lui seul la diurèse, mais il est nécessaire de le ménager.

V. L'état général des néphrectomisés est ordinairement assez résistant pour supporter une infection ou un acte opératoire grave ou une grossesse.

VI. Quelque favorable que soit le résultat des examens préopératoires, il faut se méfier des malades intoxiqués et en particulier des alcooliques.

Vu, le Doyen,

Vu, le Président,

BALTHAZARD.

LEGUEU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

Bibliographie

- ALBARRAN. — De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose rénale. (Société de chirurgie, Paris, 1900).
- ALBARRAN. — Tuberculose rénale. (Presse Médicale, 1905, n° 80).
- ALBARRAN. — Exploration des fonctions rénales (1905).
- ALBARRAN. — Des affections secondaires dans la tuberculose urinaire. (Annales des maladies des organes génito-urinaires).
- AMBARD. — Hypertrophie pondérale et hyperactivité fonctionnelle du rein après néphrectomie. (Arch. Mal. du Rein, Paris, 1925, II, page 341).
- ANDRÉ P. — De l'avenir des néphrectomisés. (Revue Méd. de l'Est, Nancy, 1920, XLVIII, page 727).
- AUBLAND. — Persistance de l'urétérite après l'ablation du Rein. (Montpellier Médical, 1921).
- BARRIÉ. — Valeur de la néphrectomie pour tuberculose unilatérale. (Th. Lyon, 1912).
- BEER ET HYMAN. — Le Progrès en néphrectomie, étude basée sur une série de 207 cas. (Amer. Méd. Assoc., 1920).
- BERNARD ET HEITZ-BOYER. — Résultats comparés des divers traitements de la tuberculose rénale. (Assoc. fr. d'Urol., 1913).
- BERTRAND. — Pronostic et traitement des cystites douloureuses persistant avec néphrectomie pour tuberculose rénale. (Th. de Lyon, 1923).

- BERNE-LAGARDE. — La vessie des néphrectomisés pour tuberculose. (Hôpital de Paris, 1924, XII, p. 722).
- BOECKEL. — Valeur de la néphrectomie dans la tuberculose rénale. (Thèse de Nancy, 1911-12).
- BRULÉ. — La néphrectomie dans les tuberculoses rénales. Travaux annuels de l'hôpital d'Urol., 1921).
- CATHELIN. — Les trois formes de températures après néphrectomie pour tuberculose rénale. (Bull. méd., n° 16, 13 avril 1927, p. 439).
- CATHELIN. — Les séquelles de la néphrectomie pour tuberculose rénale. (Journ. des Praticiens, 19 mai 1928, page 321).
- CARNOT. — Sur l'hypertrophie compensatrice du rein après néphrectomie unilatérale. (Compte rendu Soc. Biol. Paris, 1913).
- CASTAIGNE, GOURAUD ET LAVENANT. — Traitement de la tuberculose rénale par les corps immunisants de Spengler (Journal méd. Français, nov. 1912).
- CHEVASSU ET MORENO. — Comparaison du fonctionnement rénal avant et après la néphrectomie pour tuberculose. (Revue Syn. 1911, T. II, p. 421).
- CHEVASSU. — Analyse d'un cas d'anurie après néphrectomie pour tuberculose unilatérale. (24° Congrès fr. d'Urologie, Oct. 1924).
- CHEVASSU. — La vessie des néphrectomisés pour tuberculose. (24° Congrès fr. d'Urol., octobre 1924).
- COEURDEVEY. — Tuberculose secondaire du rein restant après néphrectomie de l'autre rein. (Thèse de Lyon, 1920).
- DALÁYRAC-COUDERT. — Quelques néphrectomies pour tuberculose rénale. (Thèse de Paris 1909-10).
- DUHOT. — La tuberculose rénale ne peut guérir que chirurgicalement. (Journ. d'Urologie, 1908).
- DURAND. — Néphrectomie pour tuberculose, traitement de l'uretère. (Lyon Méd., n° 15, 14 avril 1929, p. 449).

- DOR. — Suppuration de la loge rénale après néphrectomie pour tuberculose du rein. (Presse médicale, 6 juin 1925).
- ESMENARD. — Du traitement des lésions vésicales après la néphrectomie pour tuberculose rénale et des indications. (Le Sud Médical et Chir., n° 2100 ; 16 octobre 1929).
- FARNARIER. — L'enfumage iodé dans le traitement des cystites. (Thèse de Paris, 1912, et Journ. d'Urol., 1912).
- FRANÇOIS. — Les fistules lombaires après la néphrectomie pour tuberculose rénale. (Thèse de Paris, 1923).
- GÉRARD. — L'avenir des néphrectomisés pour tuberculose rénale. (Thèse de Lille, 1908-09, n° 24, page 246).
- GUILLON. — De quelques résultats des néphrectomies dans la tuberculose rénale. (Thèse de Paris 1910-11, n° 190).
- HELS. — Néphrectomie pour tuberculose rénale et spécialement du traitement de l'uretère. (Bibliothek for laeger Kobenhavn, 1925, CXVII, p. 258).
- HEITZ BOYER. — Traitement endoscopique de la tuberculose vésicale par les courants de haute fréquence. (Journ. d'Urol., févr. 1914).
- HEITZ BOYER. — La cystoscopie dans la tuberculose vésicale. (Journal d'Urol., juin 1914).
- HOGGE. — Cent cas de néphrectomies pour tuberculose rénale. (Journ. d'Urol. Méd. et Chir., Paris, 1924).
- ISRAEL. — Résultats éloignés de mes néphrectomies pour tuberculose rénale. (Journ. d'Urol., 1908, page 42).
- JEANDRAU, BONNET, NICOLAS. — Tuberculose rénale, néphrectomie sur constante d'Ambard et radiographie. (Soc. des sc. méd. et biol. de Montpellier, février 1928, p. 91).
- JOLLY. — Contributions à l'étude de l'intervention chirurgicale dans la tuberculose rénale. (Thèse de Bordeaux, 1903-04, n° 5, p. 82).

- JUDD ET SCHOLL. — Surgery in cases of. rénal tuberculosis (trans south surg. assoc. 1923. Philad. 1924).
- KONLEIN. — Observations longuement suivies de tuberculose rénale et résultats éloignés de 71 néphrectomies pour tuberculose. (Folia urologia, nov. 1908).
- LAFON. — Indications et résultats de la néphrectomie dans la tuberculose rénale. (Th. de Montpellier, 1910-11).
- LAMBERT. — Indications de la néphrectomie et de la néphrostomie pour tuberculose rénale. (Journ. d'Urol., 1908, page 218, vol. 1).
- LANDRET. — Essai de classification clinique des tuberculoses rénales au point de vue des indications et contre-indications de la néphrectomie. (Thèse de Lyon, 1910-11, n° 37, p. 93).
- LEGUEU. — Périnéphrites suppurées à la suite de la néphrectomie. (Journ. d'Urol., 1908, vol. 1, page 1411).
- LEGUEU. — De l'exclusion vésicale dans la tuberculose du rein. (Soc. chir., Paris, 1909 et 1910).
- LEGUEU. — Le problème actuel de la cystite tuberculeuse. (Bull. Méd., janv. 1913).
- LEGUEU. — Des applications de la Constante d'Ambard à la néphrectomie pour tuberculose rénale. (Journ. d'Urol., 1914).
- LEGUEU. — Sur les fistules duodénales après la néphrectomie. (Journ. d'Urol. Méd. et Chir. de Paris, 1920, page 203).
- LEGUEU. — Traité d'Urologie 1910-1921.
- LEGUEU. — La néphrectomie pour tuberculose bilatérale. (Concours médical 1924, p. 1441).
- LORENZO. — De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose du rein. Résultats thérapeutiques. (Th. Paris, 1902-03).
- MARION. — Les indications thérapeutiques dans la tuberculose rénale. (Journ. d'Urologie, 1909, vol. 1, 63.271).

- MARION. — Tuberculose rénale et Constante d'Ambar. (Journ. d'Urol. 1914, p. 589).
- MARION. — Des précautions à prendre au moment de l'intervention et des soins à donner pour obtenir la bonne guérison des néphrectomies pour tuberculose rénale. (Journ. d'Urol. Méd. Paris, 1925).
- MARION. — Traitement des cystites tuberculeuses par les bacilles lactiques. (Soc. de chir., mai 1914).
- MARTINET. — Résultats de la néphrectomie dans la tuberculose rénale bilatérale. (Thèse de Lyon, 1925-26).
- MAYO (William J.). — Néphrectomie sans drainage pour tuberculose rénale. (Surgery, Synécology and Obstetrics, nov. 1912).
- MOCK G. — A propos de la néphrectomie sans drainage pour tuberculose rénale. (Journ. d'Urol., 1913).
- MOULINAS. — Les limites de la néphrectomie dans la tuberculose rénale bilatérale. (Thèse de Bordeaux, 1915-16).
- NICOLICH. — Deux cas de fistule intestinale après la néphrectomie. (Journ. d'Urol. Méd. et Chir., Paris, 1921, XII, p. 19).
- PAGÈS. — La néphrectomie primitive dans la tuberculose rénale, indications et résultats. (Th. de Lyon, 1908-09).
- PARISI. — De l'étincelage dans la tuberculose vésicale. (Journ. d'Urol., 1920).
- PÉRICHON. — De la néphrectomie dans la tuberculose rénale bilatérale. (Th. de Lyon, 1911-12).
- PERRET. — Contribution de la technique de la néphrectomie en particulier pour la tuberculose rénale. (Journ. d'Urol. Méd. et Chir. de Paris, 1926).
- PILLET. — Néphrectomie pour tuberculose après cathétérisme urétéral à vessie ouverte. (Journ. d'Urol. Méd. et Chir. de Paris, 1926).
- POUSSON A. — De la mort par anurie après la néphrectomie (Assoc. fr. d'Urol. de Paris, 1909).

- POUSSON A. — De l'avenir des néphrectomisés. (Journ. d'Urol. 1910).
- RAFIN. — Le mariage des néphrectomisés pour tuberculose rénale. (Soc. de Méd. de Lyon, 21 juin 1909).
- RAFIN. — Résultats éloignés de la néphrectomie pour tuberculose. (Assoc. fr. Urol., 1923).
- RAMARAMY. — Résultats éloignés de la néphrectomie pour tuberculose rénale. (Th. de Bordeaux, 1922).
- REYNAUD. — Contributions à l'étude de la tuberculose rénale et de son traitement par la néphrectomie. (Th. de Lyon, 1905-06).
- ROUSSEAU. — Des interventions dans la tuberculose rénale bilatérale. (Th. de Paris, 1913-14).
- THABOURIN. — Etude des résultats de la néphrectomie, particulièrement au point de vue des symptômes vésicaux. (Th. de Lyon, 1923).
- THÉVENOT. — La vessie des néphrectomisés pour tuberculose rénale. (Bull. médic. de Paris, 1924).
- UTEAU. — Les suites des néphrectomies pour tuberculose rénale. (Gazette Méd. Franç., 15 juin 1928).
- VERRIOTIS. — L'uretère tuberculeux avant et après la néphrectomie. (Paris, 1913).
- VIANNAY. — Un cas de rémission prolongée dans le cours d'une tuberculose rénale, récidive 4 ans après, guérison par néphrectomie. (Loire Méd., Saint-Etienne, 1924).
- WESTERBOM. — Résultats du traitement chirurgical de la tuberculose rénale. (Up. sala Lakares Forhandl, 1926).
-

Limoges, Imprimerie Commerciale Perrette
